Rok XLV. Kraków 11 Sierpnia 1906. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szkice z dziedziny epidemiologii zimnicy w Europie środkowej i północnej.

Napisał
Dr Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

W zestawieniach spostrzeżeń o zimnicy, zebranych w 3 tablicach artykułu p. t. „Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy“ [1]) zarysowuje się wyraźnie doniosłość znaczenia chorób zimniczych w stosunkach zdrowotnych niedawno minionej przeszłości naszego kraju. Rozpatrując tam dane, dotyczące postaci klinicznych, chorobliwości i śmiertelności zimnicy w Galicyi, w porównaniu z odpowiednimi pojawami zimnic w najrozmaitszych krajach kuli ziemskiej, poznaliśmy u nas w kraju wydarzające się epidemie, nie wiele ustępujące epidemiom zimnic w krajach gorętszych, a nawet i podzwrotnikowych. Nadto widzieliśmy tamże w tablicy III, że w spostrzeżeniach z dłuższych odstępów czasu, obejmujących nietylko rozleglejsze, ale także średnie, a nawet słabsze epidemie zimnic, i chorobliwość zimnicza w Galicyi okazywała się stosunkowo znaczną, i utrata ludzi, spowodowana tą chorobą, była wyższa, niżby tego powszechne oczekiwało mniemanie; a zarazem przekonaliśmy się, że jedne i drugie liczby były zbliżone do statystyki zimnic krajów ościennych.

Otóż obecnie zamierzam podać niektóre ważniejsze szczegóły z epidemiologii zimnic w Europie środkowej i północnej, w klimacie do naszego zbliżonym, zwracając główną uwagę na okoliczności, dotyczące rozpoznania i rokowania w tej chorobie. Tak uzyskamy sprawdzenie zobopólne odpowiednich danych. Z jednej strony epidemiologia zimnicy krajów sąsiednich podaje nam najważniejsze wskazówki co do kierunku dalszego badania zimnicy w Galicyi; z drugiej zaś strony bliższe poznanie zimnicy galicyjskiej [2]) wobec umiejętnie przez licznych spostrzegaczów gromadzonych w ciągu XIX stulecia materyałów, opartych w części na badaniach, dokonanych z pomocą nowszych środków rozpoznawczych, wyświetli wzajemnie wiele szczegółów i całe znaczenie tej choroby samej przez się, jako też w oddziaływaniu na ogólną zdrowotność mieszkańców naszego klimatu.

Najdalej ku północy, o ile wiadomo, posunęła się zimnica „w krainie tysiąca jezior“, w Finlandyi, gdzie dotarła w r. 1861. wzdłuż wybrzeży zatoki Botnickiej aż do Brahestad pod 64°41′ szer. półn., zaś wewnątrz kraju do miejscowości Sotkamo i Kajana pod 64°12′, w roku 1862. Szczegóły te podaje profesor uniwersytetu w Helsingfors, Otto Hjelt [3]), który opisuje 7 epidemii zimniczych, jakie panowały w Finlandyi pomiędzy 1751 a 1862 rokiem, a trwały po kilka (3 do 11) lat [4]). Zimnice miewały „w zimie i na wiosnę tor dwu- lub jednodniowy, w jesieni przeciwnie tor trzy-, albo nawet 4-dniowy [5]), albo też rozpoczynały się jako trzeciaczka, a później przechodziły w tor codzienny, albo trzeciaczkowy zdwojony *(tertianae duplicatae).*“ Ich znaczenie dla stosunków zdrowotnych ludności finlandzkiej określa autor w następujących słowach: „Śmiertelność z powodu zimnic z torem gorączkowym przerywanym i zwalniającym nie jest w Finlandyi szczególnie wielką; ale pochodzące z zimnicy choroby następowe są w naszym kraju bardzo częste, a te właśnie nietylko w znacznej ilości przypadków są śmiertelne, ale nadto przez długi czas po wygaśnięciu epidemii nadają szczególny charakter zdrowotności miejsc, najsrożej nawiedzonych zimnicą. A mianowicie przydarzają się w Finlandyi często po zimnicy: niedokrwistość, puchliny ogólne, miąższowe zapalenie nerek i znaczne obrzęki śledziony, acz kolwiek następstwa te nie bywają jednakowo rozpowszechnione podczas każdej epidemii, a także nie szerzą się jednostajnie we wszystkich miejscowościach kraju. Mniemam, że przyczyna skrobiowicy różnych narządów, tak często napotykanej przy sekcyach zwłok w Finlandyi, leży we wpływie jadu zimniczego na ustrój. A także w niektórych okolicach Finlandyi tak często zdarzającą się niedokrwistość i bladnicę, u ludu zahartowanego i pełnego siły, należy mojem zdaniem przypisać zgubnemu wpływowi zimnicy. Tak więc nagminne występowanie zimnicy nabiera przez to wielkiego i ważnego znaczenia dla ogólnych stosunków zdrowotnych naszej północnej ojczyzny“.

J. Mannaberg wyraża przypuszczenie [6]), że opisana przez Hjelta t. zw. „gorączka sierpniowa“ [7]), występująca w niektórych epidemiach podczas upałów letnich gorętszych lat w południowej i południowo-zachodniej Finlandyi (wyjąt-

[1]) Patrz Przegl. lek., nr 22 r. b.

[2]) Opis zimnicy w krajach polskich, jakoteż całość pracy o zimnicy w Galicyi będzie wkrótce podaną do druku.

[3]) „Das Vorkommen des Wechselfiebers in Finland“. Virchowa Archiv für pathol. Anat. und Physiol. 1875. Tom LXV, str. 513—519.

[4]) W latach: 1751—1758, 1774—1777, 1812—1816, 1819—1821, 1826—1832, 1846—1848, 1852—1862.

[5]) Nazwy Hjelta: tor jednodniowy, 2-dniowy, 3-dniowy i 4-dniowy odpowiadają naszej z. codziennej, trzeciaczce, czwartaczce i piątaczce.

[6]) Die Malaria-Krankheiten, str. 153.

[7]) Gorączki sierpniowe, „febbri agostane“, opisywane przez Cellego i Grassiego jako pojawiające się na równinie nad rzeką Po (około 45° szer. półn.) stanowią zbyt odległą analogię.

kowo aż do 61° szer. półn.), jest objawem zakażenia pasorzytami bagiennicy. Prawdopodobnie domysł ten powstał najpierw ze względu na porę, w której pojawia się ta postać zimnicy, a powtóre z uwagi na przywiedzione przez Hjelta szczegóły, że gorączki te zaczynając się od toru przepuszczającego, okazują później tor zwalniający, a z nastaniem pory chłodniejszej przechodzą w prawidłowy tor trzeciaczkowy lub codzienny.

Nasuwają się pewne wątpliwości czy przypuszczenie Mannaberga[8]) jest trafnem, a może je w przyszłości rozstrzygnąć jedynie badanie mikroskopowe krwi w odpowiednich przypadkach, gdyby je jeszcze kiedy napotkano w Finlandyi.

W Szwecyi podług Hussa[9]) zimnica należała do chorób rozpowszechnionych w większej części kraju, nad brzegiem morza Bałtyckiego do 60°40′, wewnątrz kraju do 60° szer. półn.[10]), i z wyjątkiem kilku powiatów występowała zazwyczaj łagodnie, szerząc się zwłaszcza w marcu, kwietniu i maju. Znaczniejsze epidemie spostrzegano przed r. 1834 i w r. 1852 (przed epidemią cholery w r. 1853); pomiędzy rokiem 1834 a 1840 zimnica występowała sporadycznie. Sprawozdania szwedzkich fizykatów podają w latach 1820—1873 53,009 przypadków zimnicy (A. Hirsch).

W Anglii[11]) zimnica szerzyła się w wiekach dawniejszych, za czasów Mortona, Willisa, Huxhama, Sydenhama. Sydenham (1666—1688) nierzadko spotykał w samym Londynie (51°30′ sz. półn.) przypadki zimnic złośliwych. Od czasu osuszenia bagna, położonego w sąsiedztwie stolicy, choroba ta w Londynie należy do rzadkości. Ogniska ciężkich zimnic były nadto: w Plymonth (50°22′), Stourport (50°18′) i Bolton (53°33′). Jeszcze w r. 1856 Moffat[12]) zauważył w Hawarden (53°10′), że w pięcioletnim okresie czasu największemu rozprzestrzenieniu zimnicy towarzyszyła największa ogólna śmiertelność. Podług badań Nutalla, Cobbetta i Strangeways-Pigga[13]) były dawniej nawiedzone zimnicą także wschodnie obszary W. Brytanii, okolica ujścia Tamizy, bagniste obwody, otaczające Wash, oraz wybrzeże Szkocyi. Rząd angielski w celu przeprowadzenia melioracyi rolnych od r. 1846 przeznaczał bardzo znaczne sumy na pożyczki dla właścicieli ziemi; z tą pomocą w przeciągu 10 lat zdrenowano w Anglii przeszło 550.000 hektarów pól, i od owego czasu zimnica przestała pojawiać się w Anglii[14]). Tak samo zdrenowanie bagnistych obszarów Irlandyi w okolicach Dublina za czasów Gravesa wypleniło zimnicę w tym kraju.

Podobnie na lądzie stałym Europy środkowej prace, dokonane około osuszenia bagien, drenowanie pól i postęp w zakresie uprawy roli przyczyniły się do wytępienia zimnicy niemal do szczętu, i tylko spostrzeżenia z czasów dawniejszych, gdy jeszcze rzeki nie były uregulowane i wogóle było wiele nieosuszonych bagien, mogą nam wyjaśnić, jak wielkie spustoszenia sprawiała ta choroba pośród mieszkańców klimatu środkowo-europejskiego.

Ciężką zimnicę w Holsztynie opisuje A. Dose[15]) podług szczegółowych zapisków Michaelsena w Meldorf nad Mielą (54°5′ szer. półn.). Lekarz ten spostrzegał w latach 1842—1863 6896 przypadków zimnicy, co stanowiło 23·2% wszystkich chorych przez niego leczonych (29,629). Wśród tego naliczył 3873 (t. j. 56·1% wszystkich przypadków) przypadków zimnicy powikłanej, t. j. połączonej z silniejszymi objawami żołądkowymi i kiszkowymi, nieżytem oskrzelowym, zapaleniem opłucnej, nerwobólami, drgawkami (u dzieci), porażeniami, napadową ślepotą *(amblyopia)* i przypadłościami udarowymi. Wśród najsroższych epidemii pojawiały się napady złośliwe (10 przypadków), z reguły u dzieci dwu- do pięcioletnich; zaczynały się drgawkami, poczem następowała śpiączka. W 3-cim lub 4-tym napadzie złośliwym dzieci nierzadko umierały, niekiedy nawet już podczas 1-go napadu. — Najliczniejsze przypadki zimnic spostrzegał Michaelsen w sierpniu i wrześniu.

W księstwie Oldenburskiem Goldschmidt[16]) w r. 1845 zwraca uwagę na różnicę zdrowotności i śmiertelności pomiędzy zimniczemi nizinami przymorskiemi (Marsch), a bagnistemi (Moore) i piaszczystemi (Geest) okolicami kraju. W okolicach piaszczystych pojawia się zimnica sporadycznie, w postaciach lżejszych; choroby zakaźne miewają przebieg łagodny, a lud jest krzepki i rosły. Brygada tamtejszego wojska wzrostem i postawą zwróciła na siebie uwagę króla pruskiego i uzyskała pochwałę[17]). Śmiertelność tych okolic utrzymywała się stale na wysokości 16·6—20·5‰.

W okolicach bagnistych zimnica bywała częstszą, a śmiertelność wynosiła 23·8 do 24·3‰. Na nizinach nadmorskich panowała „złośliwa zimnica bagienna, różniąca się zupełnie od zwykłej zimnicy“; lud nazywał ją gorączką żółciową (Gallenfieber). Wykazy parafialne tych okolic wykazują śmiertelność 26·8‰[18]), a w latach, w których „bagiennica panowała niezwykle złośliwie“, śmiertelność dochodziła w najniezdrowszych parafiach do wysokości 50 i 70‰ (1826—1828).

Nadto przy porównaniu wykazów metrykalnych dzieci urodzonych w latach 1820 do 1824 z listami poborowych w latach 1840 do 1844 okazało się, że gdy w zdrowych parafiach Geestu zmarło w tym czasie 26¾% narodzonych dzieci płci męskiej, to okolice bagniste utraciły 38%, zaś

[8]) Mannaberg sam l. c. str. 152 opisuje postać „malaria benigna subcontinua“, którąby mogła odpowiadać opisowi sierpniowych gorączek finlandzkich.

[9]) Ref. w Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde 1853, IV, i tamże 1857, II. Dr Meyer-Ahrens „Die Krankheiten im hohen Norden“, str. 145—146.

[10]) Podług A. Hirscha w Szwecyi najdalej na północ wysunięte miejscowości z endemią zimniczą są: nad brzegiem morza Torhamm przy Hudiksvall (62° sz. p.), i Fahlu-Lann w obwodze Hedemora (60°20′) wewnątrz kraju.

[11]) Podług A. Laverana, A. Cellego, A. Hirscha i in.

[12]) Cyt. podług Hertza w Ziemssena Handb. der spec. Pathol. und Ther. Tom II. 1877, str. 777.

[13]) Cyt. podług F. Loefflera w „Die deutsche Klinik“. Tom II, str. 637.

[14]) W Galicyi po koniec 1893 r. było zaledwie 16,102 morgów pól zdrenowanych, t. j. 0·66% całego bezleśnego obszaru własności tabularnej. Patrz: S. Komornickiego „Melioracye rolne w Galicyi“ w Wiadomościach statystycznych o stosunkach krajowych, tom XV.

[15]) „Zur Kenntniss der Wechselfieber des Marschlandes“ w „Beiträge zur Medicinalstatistik“, 1878, Zeszyt III, str. 65 i nast.

[16]) „Die Krankheiten im Herzogtum Oldenburg“ w „Archiv für die gesammte Medicin“ Haesera, Jena, 1845. Tom VII.

[17]) Król wyraził się tak: „Was sind das für Hunnen? Man sieht's ihnen an, das sind ächte Söhne der alten Friesen“.

[18]) Autor pominął w obliczeniu tej średniej lata, w których zimnica bagienna okazywała nadzwyczajną złośliwość.

w najniezdrowszych przymorskich parafiach zmarło 44³/₅% chłopców przed osiągnięciem 20 roku życia.

Karol Wenzel[19]) opisał szczegółowo epidemię zimnicy która wybuchła w czasie budowy portu w Wilhelmshaven (53°30′ szer. półn.), w bagnistym obszarze Jade w r. 1856 i trwała do r. 1869, początkowo spostrzegana przez nadlekarzy sztabowych: Stephaniego, Brunnera, Benetscha i lekarza sztabowego Höpffnera, ku końcowi przez Wenzla. Spostrzeżenia odnoszą się głównie do robotników, zajętych przy budowie portu, a należących do kasy chorych; śród nich stwierdzono od r. 1858 do 1869 19,533 przypadków zimnicy łącznie z nawrotami (nadto wzięto pod uwagę 777 przypadków zimnicy u robotników fortecznych i 126 przypadków zimnicy w wojsku).

Bardzo starannie opracowana statystyka okazuje, że w latach cieplejszych, gdy średnia ciepłota miesięcy letnich wynosiła powyżej 12.5° R., w 20 do 25 dni po najwyższem wzniesieniu ciepłoty powietrza następował szczyt chorobliwości na zimnicę o wyraźnych cechach bagiennicy[20]).

W tej porze bowiem chorobliwość zimnicza dochodziła (od 5.3% w roku 1867) do 53.5% (w r. 1861) wszystkich zatrudnionych robotników, i to w tym samym miesiącu. W gorętszych latach występowała znaczniejsza ilość napadów złośliwych: *febris perniciosa comatosa, algida et syncopalis*. W roku 1868 niemal codziennie wysyłano nosze, aby wyzbierać i odnieść do domów omdlałych chorych, leżących na drodze do domu lekarza. Nadto spostrzegano charłactwo zimnicze, oraz powikłania zimnicy z nieżytem oskrzelowym, z zapaleniem płuc (najczęściej), z durem brzusznym, ospą wietrzną, różą itd. Dokładnych liczb śmiertelności Wenzel nie podaje, lecz wspomina, że przypadki śmierci liczono na setki[21]); również nadmienia, że wśród napadów złośliwych często przydarzało się zejście śmiertelne i że w kilku takich przypadkach dokonywał sekcyi.

Taką była tragedya budowy portu dla niemieckiej marynarki wojennej. Uczeni niemieccy dołączyli do niej epilog, cokolwiek komiczny. Gdy mianowicie w 30 lat później przypomniano sobie, że w epidemiach zimnicy w Wilhelmshaven krzywa miesięcznego przyrostu była podobną do krzywych we Włoszech południowych i środkowych, a odmienną od innych krzywych niemieckich, „tajny radca Robert Koch poruczył zbadanie tego osobliwego zachowania się“ krzywych zimniczych z Wilhelmshavenu Dr Erykowi Martiniemu[22]), lekarzowi sztabowemu marynarki niemieckiej, przydzielonemu do Królewskiego Zakładu dla chorób zakaźnych, a nadto przeznaczono mu do pomocy lekarza sztabowego marynarki, Dra Schmidta i starszego lekarza pomocniczego Dra Fischera. Komisya ta udała się na miejsce i badała sprawę od końca lipca 1901 r. do czerwca 1902 r. Stwierdzono nieczęste znajdowanie się widliszów w niektórych domach; przekonano się, że owady te nakłuwają ciało ludzkie i wysysają krew; pasorzytów zimniczych w widliszach nie znaleziono, natomiast wykryto je we krwi

---

[19]) „Die Marschfieber in ihren ursächlichen Beziehungen während des Hafenbaues im Jade. Gebiet von 1858—1869. Nach dem statistischen Material der Physikatsberichte dargestellt von Dr Carl Wenzel, Oberstabsarzt und Marinearzt I. Classe, zur Zeit Physicus des Jadegebiets“. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde Prag. Tom 108. 1870.

[20]) Autor wymienia wyraźnie z 15 znamion bagiennicy (wyszczególnionych w artykule p. t. „Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy) 14, a mianowicie:

I. Zmienność toru gorączkowego, str. 33 „bei einem und demselbem Individuum läuft nicht selten eine schwere Form nach dem ersten heftigen“ (scilicet remittirenden) „Ansturm mit oder ohne Hülfe von Chinin direct in rein intermittirende Paroxysmen aus“.

II. Stosunkowo znaczna częstość toru codziennego i gorączki zwalniającej okazuje się w tablicy X (por. naszą tablicę II w „Urywkach“).

III. Typus tertianae malignae, str. 30: „der remittirende Process, welcher meist einen schwach angedeuteten Quotidian- oder Tertian typus erkennen lässt“.

IV. Początek choroby w postaci gorączki zwalniającej lub ciągłej, str 30: „es erkranken ganz plötzlich in einem einzigen Monate viele hundert individuen unter ähnlichen remittirenden Formen“, patrz wyżej punkt I.

V. Ziębienie nieznaczne lub brak, str. 31: „das oft Monate lang fast allgemeine Fehlen des Froststadiums“.

VI. W czasie napadów dolegliwości w zakresie narządu pokarmowego i nerwowego, str. 31: „Es kommen denselben hauptsächlich 3 Symptome als eigenthümlich zu: 1. Die starke gastrisch-intestinale Affection etc. 2. Das starke und plötzliche Krankheitsgefühl, die Heftigkeit der Kopf- und Gliederschmerzen, welche oft mit leichten Collapsus-Zuständen verbunden sind“ str. 32: „die rapide Umnebelung des Sensoriums, die tiefe Depression des Nervensystems“ etc.

VII Brak poczucia zdrowia w okresie bezgorączkowym, str. 31: „es besteht zuweilen trotz objectiv nachgewiesener Apyrexie (das heftige Krankheitsgefühl) in so hohem Grade, dass etc.

VIII. Znaczna niedokrwistość, str. 32: „Das heftige Fieber scheint rascher zu einem Zustande acuter Anaemie zu führen“.

IX. Spostrzeżenia o względnej wielkości powiększenia śledziony braknie.

X. Napady złośliwe są wspominane i opisywane na str. 1, 32, 33, 34. 35.

XI. Znaczniejsza odporność na działanie chininy, str. 32: „Die grössere Bösartigkeit dieser Fieberform erhellt... aus der durchschnittlich grösseren Menge von Chinin, welche zu ihrer Heilung erforderlich ist“

XII. Skłonność do nawrotów i stanu przewlekłego (str. 32): „aus der grösseren Häufigkeit der Recidive“ (por. tabl. V i VI Wenzla) o zimnicy przewlekłej patrz str. 37—42.

XIII. Charłactwo zimnicze, str. 37: „häufiger ist es, dass sie zu hochgradigem Siechthum führt“.

XIV. Liczne i ciężkie powikłania opisane na str. 40 i 41.

XV. Szerzenie się w miesiącach od lipca do października przedstawione w tablicy IV i w tablicach graficznych.

Na podstawie dostrzeżenia tych cech odróżnia Wenzel lżejsze od cięższych zakażeń zimniczych, mianowicie str 30: „es kommen den heissen Sommern.. ganz besonders die remittirenden Formen zu, welche neben den perniciösen als die schwereren Malaria-Affectionen bezeichnet werden müssen“.

Na str. 32 i 33 usprawiedliwia to wyodrębnienie cięższych i złośliwszych postaci ich symptomatologią, a na str. 34 utrzymuje, „dass ein gering potenzirtes, vorwaltend einfaches Wechselfieber producirendes Miasma den kühleren Jahreszeiten zukommt (ebenso wie es der geographischen Verbreitung nach den mehr gemässigten und kalten Zonen eigenthümlich ist), und dass dagegen ein höher entwickeltes, remittirende und perniciöse Formen veranlassendes Gift den heissen Sommern der Marsch ebenso wie den tropischen Gegenden angehört“. Tak bystre odróżnienie łagodnych postaci zimnicy od bagiennicy, na 19 lat przed odróżnieniem właściwych gatunków pasorzytów (Golgi 1889) dowodzi, że Wenzel był bardzo bystrym spostrzegaczem.

[21]) l. c. str. 51: „Wenn man sich der fast beispiellosen Ungesundheit der ersten Jahre des Hafenbaues erinnert, welche Hunderten von Arbeitern Leben, Gesundheit und Arbeitskraft kostete, und dem Jadegebiet einen bis in die weitesten Bezirke dringenden verrufeintrag“ etc.

[22]) („Aus dem Institute für Infectionskrankheiten zu Berlin, Director: Geh. Med. Rath Prof. Dr Koch.) Ueber die Entstehung der Neuerkrankungen an Malaria während des Frühjahres und Sommers unserer Breiten“. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrakheiten. Tom 41, 1902.

kilkunastu chorych (pasorzyty trzeciaczki łagodnej). Realne zdobycze tej wyprawy naukowej nie były zbyt obfite. Dla wyjaśnienia zaś przyrody dawnych epidemii zimniczych ułożono takie wytłómaczenie, że robotnicy portowi z lat 1860 do 1869 „mieszkali w większej części w barakach słomą pokrytych, a nie posiadających poddaszy, w izbach około 3 m. wysokości. Widlisze opuszczające w ciepłych dniach wiosennych swoje kryjówki nie znajdowały w tych mieszkaniach potrzebnej ciepłoty dla dojrzenia znajdujących się w danym razie w ich żołądku pasorzytów. Dlatego krzywa zimnicza doszła szczytu dopiero z końcem lata, w 20 do 25 dni potem, gdy ciepłota zewnętrzna dosięgła trwałego szczytu, podobnie jak w okolicach zimniczych południowo-europejskich“.

Gdyby członkowie wyprawy byli przejrzeli dokładniej krzywe, podane przez Wenzla, byliby mogli zauważyć ich przebieg w r. 1864 i 1869, w których to latach najwyższa chorobliwość zimnicza u robotników portowych istniała od marca, wzgl. kwietnia do czerwca. Czyżby wówczas robotnicy opuszczali baraki, a przenosili się do domów z poddaszami? [23]) Jakże nadto wyjaśnić okoliczność, że w latach gorętszych u przeważnej części chorych były wszelkie cechy kliniczne zimnic „letnio-jesiennych“ czyli „podzwrotnikowych?“. Wszakże brak poddaszy w ich domach mieszkalnych nie mógł być przyczyną tak osobliwego przebiegu zakażeń pasorzytami zimnic łagodnych. Niechby komisya była zwiedziła jeszcze Meldorf, Marienwerder, Krommenie, — to jest miejscowości, gdzie w okolicach blizkich położeniem geograficznem, spostrzegano również znaczną chorobliwość zimniczą w porze letnio-jesiennej, a byłaby się przekonała, że podobne zjawisko wystąpić może w takim samym klimacie, u mieszkańców zwyczajnych domów z poddaszami.

(C. d. n.)

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi“, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał
Dr Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku).

(Dokończenie.)

Odrębne te stosunki, właściwe krwi niemowlęcej, pozostają w zupełnej zgodzie z mojemi dawniejszemi spostrzeżeniami nad myelocytozą u niemowląt i potwierdzają w zupełności wyrażone przed chwilą przypuszczenie, iż myelocytoza jest jedynie najjaskrawszym wyrazem zaburzeń w całym neutrofilnym obrazie krwi. Z jednej strony fakt obecności we krwi myelocytów zyskuje przez to na znaczeniu, gdyż może być użyty jako wybitny wskaźnik tych zaburzeń; przeto wszystkie dawniejsze spostrzeżenia, w których stwierdzono obecność myelocytów, możemy dziś przyjmować jako znaczne przesunięcie neutrofilnego obrazu; — z drugiej strony jednak myelocytoza, lub, jak ją Francuzi nazywają, *myelhémie*, traci zupełnie resztę cech wszelkiej swoistości, jakie jej niektórzy autorowie chcieli przypisywać. Obecnie jest nam już zupełnie jasnem, iż pomiędzy obrazem krwi, zawierającym ciałka szpiku kostnego, a tych ciałek niezawierającym, ani zasadniczej różnicy, ani też ścisłej granicy nie ma żadnej; różnica może polegać jedynie na stopniu zaburzeń w stosunkach neutrofilnego obrazu.

Wszystkie te właściwości krwi niemowlęcej występują tem wybitniej, im młodsze jest dziecko. Szczególnie łatwo powstają zaburzenia neutrofilnego obrazu u niemowląt w pierwszych tygodniach życia, dotkniętych wątłością wrodzoną. u tych już bardzo błaha przyczyna wystarcza do wywołania odczynu niezmiernie silnego. Wogóle odczyn ten bywa najsilniejszy w pierwszych kilkunastu tygodniach życia, później łatwość ta się nieco zmniejsza i zbliża się stopniowo i zwolna do stosunków, spotykanych w wieku późniejszym. Oczywiście żadnej ostrej granicy niepodobna tu nakreślić; jednakże conajmniej do ukończenia drugiego roku życia musimy liczyć się z powyżej opisanemi odrębnemi własnościami krwi niemowlęcej.

Zbierając fakta, stwierdzone u niemowląt, spotykamy zatem dwie główne cechy: 1) odczyn neutrofilnych ciałek, wywołany przez czynniki chorobotwórcze, jest z reguły znacznie silniejszy, niż u dorosłych i może dojść do tak znacznego stopnia, z jakim poza wiekiem niemowlęcym nawet w przybliżeniu się nie spotykamy; 2) odczyn ten — nawet bardzo wybitny — możemy spotkać u niemowląt przy sprawach chorobowych pozornie błahych i nieznacznych, a nawet niekiedy u niemowląt bez żadnych objawów chorobowych.

Jak wytłómaczyć to odrębne zachowanie się wieku niemowlęcego?

Wspominałem poprzednio, w jaki sposób Arneth wyjaśnia zmiany, spotykane w neutrofilnym obrazie krwi w chorobach zakaźnych, polegające na przesunięciu całego wzoru ku lewej stronie. Zmiany te są zdaniem Arnetha wyrazem wzmożonego rozpadu ciałek białych: ofiarą tego rozpadu padają zawsze najpierw ciałka najdojrzalsze, — dopiero, gdy tych zabraknie, giną z kolei i dalsze, młodsze postacie. Im szybciej i silniej odbywa się to dzieło zniszczenia, tem bardziej przesunięty ku lewej stronie będzie neutrofilny obraz, gdyż tem mniej czasu pozostaje komórkom do przebycia kolejnych okresów rozwoju. Pozostając zatem na gruncie tego wyjaśnienia, musielibyśmy stwierdzić, iż w ustroju niemowlęcym spotykamy bardzo żywy i silny rozpad ciałek neutrofilnych już przy nieznacznem pozornie zaatakowaniu tegoż ustroju; zaś w przebiegu cięższego zakażenia jakiejkolwiek przyrody rozpad ten dochodzi do najwyższego stopnia, gdyż widzimy, że komórki neutrofilne zaledwo ze szpiku kostnego do krwi się przedostaną, giną prawie natychmiast, przeszedłszy zaledwie pierwsze okresy rozwoju. Jeżeli dalej zgodnie z Arnethem przyjmiemy, iż ta sprawa zniszczenia ciałek białych jest wyrazem samoobrony ustroju, że następstwem i celem jej jest wytworzenie substancyi ochronnych, niweczników, — to musimy dojść do wniosku, iż w ustroju niemowlęcym wytwarzanie to odbywa się nierównie żywiej, niż w ustroju dorosłego i że wogóle już nieznaczne wpływy wystarczają, aby ustrój niemowlęcia do tego silnego wytwarzania pobudzić. Jakiekolwiek byśmy zresztą przypisywali

[23]) W istocie okoliczność ta tłómaczy się tak, że w latach chłodniejszych przypadki bagiennicy bywały mniej częste: w tych latach był też rzadszym tor codzienny w stosunku do trzeciaczkowego (20·7 : 54·4 i 31·1 : 58·4).

znaczenie rozpadowi komórek neutrofilnych, w każdym razie zjawisko to zmusza do przypuszczenia, iż wszelkie bodźce, czy to zakaźnej, czy też toksycznej przyrody, widocznie znacznie silniej muszą działać na ustrój niemowlęcia, niż na ustrój dojrzały, skoro stają się powodem takiego masowego spustoszenia wśród armii ciałek białych.

Spróbujmy teraz te wnioski, wysnute z właściwości krwi niemowlęcej zestawić z naszemi klinicznemi wiadomościami o ustroju noworodka i dziecka w pierwszych miesiącach życia. Wiemy, iż wiek niemowlęcy, a zwłaszcza pierwsze jego tygodnie i miesiące, zajmują w patologii zupełnie odrębne stanowisko. Cechuje go bardzo mała odporność ustroju w stosunku do otaczających go niebezpieczeństw. A niebezpieczeństwa te zagrażają niemowlęciu ze wszystkich stron. Choroby, które w późniejszym wieku mierną tylko na siebie ściągają uwagę, tutaj w krótkim przeciągu czasu mogą stać się przyczyną nawet zejścia śmiertelnego. Panującą sprawą chorobową w okresie pierwszego niemowlęctwa są zakażenia najrozmaitszej przyrody. Możnaby powiedzieć, że ustrój niemowlęcia jest znakomitą pożywką, na której wszelkie gatunki drobnoustrojów niezmiernie łatwo i bujnie się rozwijają. Stąd skłonność spraw miejscowych do szerzenia się i przejścia w zakażenie ogólne; stąd drobnoustroje, skądinąd swoiste, które zresztą zwykły wywoływać tylko miejscowe określone sprawy chorobowe, w wieku niemowlęcym mogą stać się przyczyną ogólnych spraw posoczniczych. Ta skłonność do zakażeń posoczniczych o najróżnorodniejszej etyologii jest cechą patologii pierwszego niemowlęctwa; zakażenie takie zwykle obejmuje cały ustrój z pominięciem przejściowych etapów, jakoto zajęcia naczyń i gruczołów chłonnych. Podstawą tej podatności ustroju niemowlęcego jest po części łatwiejsza przepuszczalność naskórka, nabłonków błon śluzowych i układu chłonnego, w części zaś b r a k t y c h i s t o t o c h r o n n y c h, jakie zawierają soki ustroju dorosłych osobników. Wiadomo, że surowica krwi nawet zdrowych osób posiada własności aglutynowania większości drobnoustrojów chorobotwórczych, niekiedy nawet w dość znacznym stopniu. W swoim czasie miałem sposobność zwrócić tu uwagę na własność surowicy zdrowych osób aglutynowania paciorkowców[8]), przyczem jeden ze szczepów paciorkowca, wyhodowany z przewodu pokarmowego, aglutynował się pod wpływem surowicy zdrowych nawet w rozcieńczeniu 1:250. Ta zdolność aglutynowania rozmaitych drobnoustrojów jest ubocznym wyrazem pewnego stopnia odporności, jaką ustrój względem tychże gatunków posiada. Zdolność tę, — jak z badań K r a u s a i L ö w a[9]) wynika, — nabywa ustrój dopiero stopniowo; surowica krwi noworodka własności tych nie posiada. Własność ta jest następstwem bądźto jakichś przebytych spraw chorobowych, bądź też samego współżycia (*symbiosis*) drobnoustrojów z zamieszkiwanym przez nie ustrojem. Gdy zatem ustrój niemowlęcia pozbawionym jest lub przynajmniej upośledzonym w znacznym stopniu co do środków b i e r n e j o b r o n y ustroju, łatwo jest zrozumiałem, iż wszystkie czynniki chorobowe w stopniu o wiele wyższym muszą mu zagrażać, niż to się dzieje w ustroju dojrzałym. Tem żywszą musi być przeto c z y n n a obrona ustroju, w której posługuje się on armią ciałek białych. Olbrzymie ilości tych ciałek muszą uledz zniszczeniu, aby dostarczyć ustrojowi niemowlęcia substancyi ochronnych w ilości dostatecznej do uchronienia go przed grożącem mu zakażeniem ogólnem. W ten sposób zrozumiałemi nam się stają tak niezwykłe neutrofilne obrazy krwi, spotykane w pierwszem niemowlęctwie.

Ta czynna obrona ustroju niemowlęcego, upośledzonego pod względem środków obrony biernej, jest niezwykle potężna, dzięki ogromnej żywotności narządów krwiotwórczych młodego ustroju. Dzięki tej żywotności, dzięki niezmiernie żywemu wytwarzaniu coraz nowych pokoleń neutrofilnych ciałek białych, nawet tak znaczny rozpad i ubytek może być przez dłuższy czas wyrównany. Badając kilkakrotnie krew w jednych i tych samych przypadkach, zdołałem przekonać się bezpośrednio, jak bardzo daleko sięga ta zdolność wyrównawcza; dlatego stwierdzenie nawet najdalej posuniętych zmian w neutrofilnym obrazie krwi u niemowlęcia nie uprawnia samo przez się do bezwzględnie złego rokowania. Muszę zatem ponownie podkreślić to, na co już zwracałem w swoim czasie uwagę, mówiąc o znaczeniu ciałek szpiku kostnego, iż wiek danego osobnika ma tutaj pierwszorzędne znaczenie. Postacie, które u dorosłego są już objawem grożącej niedomogi szpiku kostnego, u niemowlęcia mogą się pojawiać w pełni sprawności narządów krwiotwórczych.

W ten sposób stają się nam jasne odrębności neutrofilnego obrazu krwi w wieku niemowlęcym; idą one zupełnie równolegle z jego odrębnościami klinicznemi i wraz z niemi stopniowo w wieku późniejszym znikają. Jeżeli uprzytomnimy sobie powyżej wspomniane właściwości patologii wieku niemowlęcego, nie będziemy się dziwić, iż w przebiegu jakiejś nieznacznej sprawy chorobowej spotkamy się nieraz z niezmiernie silnym odczynem neutrofilnym. Mamy wszelkie prawo przypuszczać, iż właśnie dzięki temu energicznemu odczynowi, dzięki tej — możnaby powiedzieć — c z u j n o ś c i ciałek białych, dana sprawa chorobowa pozostaje nieznaczącą i miejscową, a nie rozszerza się, lub nie daje powodu do ogólnego zakażenia ustroju. Również nie będziemy upatrywali sprzeczności w sporadycznem występowaniu zmian w obrazie neutrofilnym u dzieci, u których nie ma zresztą żadnych objawów chorobowych. Niewątpliwie i w tych przypadkach chodzi o obronę ustroju przed jakimś czynnikiem chorobotwórczym; wobec ogromnej podatności ustroju niemowlęcia na wszelkie zakażenia i mnóstwa dróg dla niepostrzeżonego wtargnięcia zakażenia do ustroju o pobudkę do tej czynnej obrany bardzo łatwo. Wobec niedostatecznych urządzeń ochrony biernej u niemowlęcia ciałka białe są prawie pierwszym zastępem, na którym ciąży zadanie dania odporu czynnikom chorobotwórczym; zjawiska te możemy sobie zatem tłómaczyć, jako jakieś drobne zakażenia, dające powód jedynie do miejscowego odczynu ciałek białych, zresztą bez innych objawów. Fakt ten, iż we krwi zresztą zdrowego niemowlęcia możemy niekiedy spotkać zmiany w obrazie neutrofilnym, nie jest zresztą bez analogii w spostrzeganiu klinicznem: i tak niekiedy u zdrowego niemowlęcia można spotkać przemijające podniesienie ciepłoty bez żadnych zgoła innych objawów. Takie podniesienia ciepłoty, zresztą nieznaczne, w zwykłych warunkach przechodzą zapewne niespostrzeżone przez rodziców, znane

8) Żeleński: O aglutynacyi paciorkowców i o próbach serodyagnostyki w płonicy. („Przegląd lekarski", 1904).

9) Über Agglutination. („Wien. klin. Wochens.", 1899, Nr 5).

są jednakże dobrze w tych zakładach, w których u zdrowych nawet niemowląt (np. dzieci mamek) ściśle i regularnie mierzy się ciepłotę.

Widzimy zatem, iż własności postaciowe neutrofilnego obrazu we krwi niemowlęcej przedstawiają niemałe bogactwo zajmujących szczegółów. Z jednej strony rzucają one światło na pewne odrębności kliniczne, przywiązane do tego wieku; z drugiej strony krew niemowlęca dla swej niezwykłej wrażliwości stanowi jakby szkło powiększające, które w znacznym stopniu ułatwia spostrzeganie i ocenienie związku pomiędzy zakażeniem ustroju, a przeobrażeniami w neutrofilnym obrazie. Że związek ten, i to bardzo ścisły, istnieje, temu zaprzeczyć niepodobna: gdyby nawet spostrzeganie zaburzeń w stosunku poszczególnych klas krwinek białych we krwi osób dorosłych nie stanowiło po temu dostatecznego dowodu, to zmiany tak silne, przeobrażenia tak znamienne i tak głębokie, jakie spotykamy we krwi niemowlęcia, nie mogą pozostawić pod tym względem żadnej wątpliwości.

Memu czcigodnemu szefowi, Prof. Jakubowskiemu, pozwalam sobie złożyć na tem miejscu podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyału kliniki i szpitala św. Ludwika.

Oceny i sprawozdania.

Dr Ernest Fürth: **Racyonalne odżywianie w szpitalach i uzdrowiskach.** Lipsk 1906.

Broszura niniejsza jest cennym nabytkiem dla szpitalnictwa, albowiem treściwie przedstawia najwygodniejszy, najzdrowszy, a zarazem najekonomiczniejszy sposób odżywiania chorych w zakładach leczniczych.

Znaną jest rzeczą, w jakim stanie opuszczają zwykle chorzy szpitale, bladzi, wynędzniali, a trudno przyjąć, by u wszystkich przyczyną tego była przebyta choroba. Łatwiej przyjąć, że częściej wpływa na to pobyt w szpitalu i niestosowne w tymże odżywienie. A pamiętać przecież należy, że w szpitalu leżą głównie chorzy z klas roboczych i ci, wracając do domu nie mogą odpoczywać w wygodach, lecz zaraz muszą ciężko pracować i zwykle ciężej, jak przed chorobą, przez którą zapadli w nędzę i stracili zarobek. Celem też naszym powinno być, by chorzy ze szpitala wychodzili rzeczywiście zdrowi i silni. Odżywianie szpitalne chorych można podzielić na 3 grupy: 1) odżywianie normalne u ludzi cierpiących na choroby nie będące w łączności z przemianą materyi, 2) odżywianie indywidualne ze względu na daną chorobę, 3) odżywianie przejściowe w miarę przechodzenia ciężkich chorób gorączkowo-zakaźnych. Celem niniejszej pracy jest głównie odżywianie normalne. W pokarmach naszych zawierać się powinno: białko, tłuszcz, węglowodany i sole w dostatecznej ilości.

Dla chorych szpitalnych (osób w wieku średnio od 20—60 lat ze średnią wagą 70 kg.) powinno się rachować na dzień:

110 gm. białka,
77 gm. tłuszczu,
292 gm. węglowodanów,
albo prócz białka:
50 gm. tłuszczu,
360 gm. węglowodanów,

bo mniej więcej 100 części tłuszczu zastąpić można 240 częściami węglowodanów. Ilość węglowodanów bywa zwykle w dyetach wyższą, bo dochodzi do 400 gm. By dyeta była silnie odżywczą, trzeba ją nieco zmienić, a mianowicie podnieść ilość białka lub ze względów ekonomicznych ilość tłuszczu tak, że pożywna dyeta przedstawiać się będzie:

120 gm. białka,
80 gm. tłuszczu,
440 gm. węglowodanów.

Odpowiednie potrawy i ich wartość podane są szczegółowo w tablicach na końcu broszury.

Potrawy powinne być smacznie przyrządzone i podane, co zwykle w szpitalach niema miejsca. Po pierwsze powinny być przy salach chorych ubikacye do jedzenia i chorzy chodzący powinni tam spożywać swe jadło, by unikać widoku ciężko chorych nieraz z cuchnącemi wydzielinami. W wielu szpitalach takie jadalnie już istnieją.

Często potrawy sporządza się zupełnie bez smaku i bez przypraw tak, że nie mogą one wzbudzać apetytu. Potrawy rozdziela się zwykle w menażkach cynowych, nieraz po kilka w jednej. Menażki te choć najczyściej trzymane, zawsze nadają potrawom pewien specyalny zapach, dlatego należy używać naczyń porcelanowych, fajansowych, szteingutowych lub talerzy emaliowanych metalowych. Zwykle rozdziela się jedzenie w szpitalach 3 razy dziennie. Jestto za mało i do tego godziny zwykle są niestosowne. Kolacya wypada zwykle za wcześnie. Powinno się podawać śniadanie o godzinie 7 rano, obiad o 11½, podwieczorek o 4, a kolacyę o 7 wieczór. Obiad stanowić powinien 40 prc. ogólnej wartości pobieranych pokarmów dziennie. W lecie powinien obiad zawierać ich nieco mniej, za to kolacya więcej. Z potraw mięsnych podaje się zwykle mięsa wołowe, jako stosunkowo tańsze. Od czasu do czasu powinno się jednak rodzaj mięsa zmieniać, (nie mówiąc już o przyrządzaniu tegoż), a czasem podawać i ryby. Zupy zawierają mało części pożywnych, a pobudzają za to więcej apetyt. Dzienna porcya mięsa powinna wynosić 250 gm. z czego 50 odlicza się na kości, tłuszcz i części ściegniste. Rosół powinno się gotować najpierw na kościach, a dopiero do gorącej wody dodawać mięso na sztukę, przez co mięso nie traci na smaku.

Mleko winno być podawane dwa razy dnia po 2 dl. i to nie zawsze samo, lecz pod różnemi postaciami, a nawet w lekkiej kawie. Taka kawa z cukrem kosztuje mało co więcej, jak większa ilość mleka na raz. Z produktów mlecznych bardzo nadaje się do podawania ser krowi, ewentualnie w pewnych okolicach owczy. Jest on tani i pożywny. Jaja poleca autor dopiero w drugim rzędzie, jako jaja na miękko lub jajecznicę. Z produktów roślinnych podaje się w szpitalach przeważnie ziemniaki, kapustę i jarzyny strączkowe. Te ostatnie, ze źle zrozumianych powodów w postaci niesmacznej, miękiej masy. Autor radzi podawać je w naturalnej formie, lecz dobrze przygotowane. Do użytku szpitalnego nadają się też rózne gatunki kaszy, ryż, sago i t. d., lecz podane w możliwej postaci n. p. legumin i t. d. Chleb powinno się dawać kilka razy dziennie, a nie wydzielać odrazu naraz porcyę całą na dzień (500 gm.). W razie gorączki nie powinno się podawać tłuszczów, gdyż te wtedy rozpadając się, powodują także rozkład tłuszczu organizmu i zwiększają ciepłotę ciała. Lepiej podawać wtedy inne potrawy i napoje jak kefir, ser i t. d., zawierające dużo białka. Chorym podupadłym na odżywieniu (gruźlica, rak) podawać się powinno o ile możności normalną dyetę, z nieco zwiększoną ilością białka i tłuszczu, a zmniejszoną ilością węglowodanów. Do tego celu służą też podawane w ostatnich czasach środki odżywcze, sporządzane fabrycznie, jak somatoza, sanatogen, roborat, aleuronat i t. d. Środki te są drogie i chorzy niechcą ich często dłuższy czas przyjmować. Tak n. p. 10 gramów somatozy kosztuje 66 halerzy i zawiera 8 gm. białka. Aby ilość ta odpowiadała ilości białka w porcyi mięsa, powinno by się podać 41 gramow somatozy, co odpowiadałoby wydatkowi 270 halerzy.

Co do alkoholu, to autor nie radzi go podawać, chyba tylko piwo. Wino szpitalne daje się chyba tylko dla smaku. Wydatek to wielki, bo porcya kosztuje około 16 halerzy, za co można dać choremu 0·7 l. mleka, 50 gm. masła lub 3 jaja. Koszta żywienia racyonalnego wypadają w najgorszym razie 90 halerzy. W szpitalu autora wynoszą one 63 halerzy.

Obszerne tablice planu żywienia chorych ilustrują przytoczone myśli. *Klęsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Rolly. **Ogólne zakażenie prątkiem ropy błękitnej u osobnika dorosłego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 29, 1906). Prątek ropy błękitnej (bac. pyocyaneus) uważano za zupełnie niewinny i znajdywano go na skórze pod pachą, w fałdach pośladków i pachwin prawie w 50%. Wprawdzie wykazywano go także we wrzodziankach i w plwocinie chorych na zapalenie płuc, ale zawsze obok innych drobnoustrojów, które obwiniano o zakażenie. Dopiero Charrin doświadczalnie na zwierzętach, udowodnił, że czystą hodowlą prątka rasy błękitnej mo-

żna wywołać ograniczone ropienia. Potem znajdowano już częściej ten prątek w czystej hodowli w różnych chorobach ropnych, jak ucha, wyrostka robaczkowego, gruczołu piersiowego, nerek i wątroby. W roku 1894 Kossel na mocy przypadków zebranych z literatury doszedł do przekonania, że prątek omawiany może być chorobotwórczym u człowieka, ale tylko w wieku dziecięcym. Zdanie to przyjęło się jakoś dziwnie, choć obecnie wobec jasnych dowodów klinicznych wierzyć w nie nie możemy, bo prątek ropy błękitnej i u dorosłych chorobotwórczym stać się może. Przypadki podobne ogłosili Soltmann, De la Camps, Kühn i Kraunhals. We wszystkich wypadkach wystąpiło zakażenie ogólne (sepsis) na tle prątka ropy błękitnej. Do tych przypadków dołącza autor swój, dotyczący kobiety 28-letniej, która zapadła nagle wśród objawów zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Przyjęta do kliniki 4 dnia choroby przedstawiała już obraz ogólnego zakażenia, sztywność karku, krwawnicowe zatory skórne, żółtaczkowe zabarwienie skóry i błon śluzowych, wysoką ciepłotę, powiększenie śledziony i zapalenie błon śluzowych. 5 dnia choroby wykonano nakłócie lędźwiowe i zbadano krew i w obu płynach znaleziono czystą hodowlę prątka ropy błękitnej w dużej ilości. Płyn mózgowo-rdzeniowy był mętnawy. Pod koniec życia u chorej wystąpiła bezprzytomność, bredzenie, wzdęcie brzucha a 11 dnia choroby śmierć. Sekcya wykazała zapalenie ropne wsierdzia, ropnie nerek, śledziony, jelit, błony zewnętrznej aorty, mięśnia sercowego, opon miękkich, mózgu i rdzenia i lowostronne zapalenie płuc. Mikroskopowo w ogniskach liczne prątki ropy błękitnej w czopach naczyń krwionośnych i koło nich. Obraz opisany różni się nieco od przytoczonych w literaturze, ale ma też wiele punktów wspólnych. I tak cechuje ogólne zakażenie prątkiem ropy błękitnej: skaza krwawnicowa w postaci plam i wynaczynień na skórze i jelitach, dalej silne powiększenie śledziony, durowy przebieg gorączki. Z objawów odmiennych zaznaczyć należy zajęcie opon i wsierdzia, które nie były w innych przypadkach spostrzegane. Oprócz tego znalazł autor zmniejszoną ilość ciałek białych i zmniejszoną silnie krzepliwość krwi. Punkt wyjścia choroby przyjmuje autor w macicy (poronienie). Przypadek ten prócz innych dowodzi niezbicie, że prątek ropy błękitnej może wywołać zakażenie nawet ogólne u osoby dorosłej i to nie osłabionej i wyniszczonej, lecz zupełnie zdrowej. Jakie są przyczyny, że czasem to się dzieje — nie wiemy. *Klęsk.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. Kuttner. **Przyczynek do rozpoznawania raka żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 21 i 25, 1906). Autor zwraca uwagę na ważność rozpoznawania raka żołądka, kiedy naciek nowotworowy jeszcze ograniczony i przerzuty gruczołowe tylko miejscowe. Przy rozpoznaniu ważnym i charakterystycznym jest początek raka. Według Leubego ma się prawo myśleć o raku, gdy objawy chorobowe dotyczą osobnika dotychczas zdrowego w wieku 50—60 lat i pod wpływem leczenia absolutnie nie ustępują. Bardzo często chorzy łączą w związek przyczynowy swoje cierpienie z jakimś błędem dyetetycznym. W innych przypadkach początek zupełnie nieuchwytny, pełzający. Zwykle rozpoznaje się i leczy takie cierpienie jako niewinny katar żołądka: jeżeli objawy zaczynają się potęgować, wtedy przypuszcza się, że pierwotnem cierpieniem był rzeczywiście katar i na jego tle dopiero rak powstał. Rzecz to rzadka wogóle, autor na podstawie swych spostrzeżeń wspomina tylko o czterech przypadkach takich, gdzie rzeczywiście choroba rozpoczęła się cierpieniem niezłośliwem, a na jej tle poczęła rozwijać się sprawa nowotworowa. Bardzo ważnym objawem jest powolny, postępujący brak apetytu, zwłaszcza do potraw mięsnych. Objawy te przybierają na znaczeniu, jeżeli jeszcze dyspozycya u chorego stwierdzić się daje. Dyspozycyę taką stanowi: dziedziczność, przebycie wrzodu okrągłego żołądka, uraz. Dalszym momentem rozpoznawczym jest stan odżywienia chorego. Naturalnie nie bierzemy w rachubę charłactwa, mówimy o powolnej i ciągłej utracie wagi ciała. Jeszcze objawem dość charakterystycznym, to uporczywe swędzenie skóry, które ma wcześnie bardzo występować, zanim guz jest jeszcze macalny. Zupełnie bez znaczenia są wynaczynionki na skórze, które zdaniem Lesera miały być charakterystyczne dla raka żołądka. Z wielką ostrożnością należy brać w rachubę powiększenie i twardość gruczołów nadobojczykowych po stronie lewej, gdyż może ono być zupełne innej przyrody, n. p. gruźliczej; powiększenie następowe gruczołów innych w przebiegu raka żołądka w rachubę wchodzić nie może, bo pozwala myśleć o sprawie nowotworowej wtedy, gdy rozpoznanie na podstawie innych danych jest pewne. Częstym, niestałym objawem są odbijania cuchnące, występujące dopiero wtedy, gdy naciek nowotworowy uległ rozpadowi. Wymioty występują zazwyczaj przy usadowieniu się nowotworu przy wpuście lub odźwierniku; zdarzają się jednak wypadki, gdzie pomimo zwężenia światła do wymiotów nie przychodzi. Bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest pojawianie się krwi czy to jawnej (manifest), czy utajonej (ocult) tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Stale spotykamy upośledzenie funkcyi wydzielniczej i mechanicznej żołądka. Brak kwasu solnego stanowi objaw najczęstszy, ale zupełnie dla tej sprawy nie charakterystyczny. Z brakiem tym bowiem spotykamy się przy innych schorzeniach organizmu, jak: nieżycie przewlekłym, przy zaniku błony śluzowej, przy nerwicach, przy cierpieniach płuc i t. d. To samo da się powiedzieć i o kwasie mlekowym, jakkolwiek stałe pojawianie się kwasu mlekowego w treści przemawia bardzo za nowotworem. Zachowanie się zaczynów ma znaczenie dyagnostyczne małe. Zazwyczaj ze zmniejszeniem się ilości kwasu solnego idzie w parze brak zaczynów. Z zachowania się zaczynów można tylko wyciągać pewne wnioski co do położenia nowotworu. Już w r. 1902 oparł Glässner swoją metodę umiejscowiania sprawy nowotworowej na podstawie zachowania się pepsyny i podpuszczki. Jeżeli mianowicie zaczyn podpuszczkowy i pepsyna równocześnie są zmniejszone, to przemawia za nowotworem w dnie; jeżeli zaś ferment podpuszczkowy dobrze zachowany w stosunku do pepsyny, to prawdopodobieństwo większe, że nowotwór jest w części odźwiernikowej usadowiony. Objaw ten na podstawie anatomicznej oparty, bo gruczoły dna wydzielają pepsynę i zaczyn podpuszczkowy, a gruczoły odźwiernikowe tylko pepsynę. Jeszcze mniejsze znaczenie rozpoznawcze ma tak zwana reakcya tryptophanowa (Tryptophan reaction), podana w r. 1903 przez Erdmana i Winternitza. Przy rozpadzie białka wytwarza się proteinochron, który z chlorem lub bromem daje zabarwienie czerwono-fioletowe, a w wypadkach raka po śniadaniu i obiedzie próbnym w większości wypadków ma występować. Badania późniejsze autorów samych, dalej badania Sigla, Glässnera przeczą temu twierdzeniu. Również ważnem jest badanie sprawności mechanicznej, która przy raku żołądka wogóle, a w szczególności przy raku we wpuście usadowionym jest upośledzoną stale. Badanie powinno odbywać się na czczo i to po zjedzeniu obfitszej kolacyi. Badanie mikroskopowe treści czczej jest bardzo ważnem ze względu na sprawność mechaniczną, dalej ze względu na składniki, jakie w treści spotkać można, t. j. cząstki nowotworu, krew, ropa, bakterye. W grę wchodzi jeszcze badanie zachowania się żołądka sposobem Gluzińskiego i wreszcie ostatnio radiografia, która wobec ewentualnego zabiegu operacyjnego jeszcze najdokładniej sprawę nowotworową zlokalizować może.

Stanisław Łapiński.

PEDYATRYA. V. Pexa. **Przyczynek do etyologii marskości wątroby, pojawiającej się u dzieci.** (*Czasopismo lekarzy czeskich* l. 8, 1906). Marskość wątroby u dzieci jest jako objaw kliniczny bardzo rzadkiem zjawiskiem; przy obdukcyi można ją znaleźć częściej, według podania Rapina w stosunku 1: 233 trupów, wedle Hoche 1: 82 trupów. Przeciwnie zaś klinicyści podają liczbę 1: 17.566 do 1: 26.660 chorych dzieci, niektórzy atoli i liczbę niższą 1: 1000. U dzieci nadużywanie alkoholu należy do zjawisk rzadkich, a wątroba dzieci nie ulega tak łatwo schorzeniu, a schorzała powraca łatwo do pierwotnego stanu; dlatego rzadko kiedy ujawnia się choroba klinicznie. Lecz u dzieci jest wiele innych przyczyn, które mogą wywołać zapalenie wątroby. Jest zadziwiającem, że ostre choroby infekcyjne tak rzadko pod tym względem zgubnie działają. W przeciwieństwie do tego mają atoli niektóre chroniczne choroby infekcyjne wpływ ujemny. Przedewszystkiem odgrywa tu pierwszorzędną rolę kiła, chociaż niektórzy zmian tych nie uważają za marskość. Następnie niektórzy autorowie uważają gruźlicę za bardzo częstą przyczynę marskości wątroby w wieku dziecięcym. Wypadki marskości na tle zimniczem są u dzieci rzadkie, powstanie takie jest jednak powszechnie uznanem. Wreszcie istnieje jeszcze jeden rodzaj, t. j. marskość zakaźna, która pojawia się w gorących strefach niekiedy nagminnie, atoli zarazka choroby dotąd nie znamy.

Podobnie, jak alkohol mogą wywołać marskość wątroby na tle zatrucia spożywane w nadmiarze różne korzenie i materye aromatyczne.

Z przyczyn mechanicznych podnieść należy następstwa zmian w krążeniu przy chorobach serca i osierdzia, dalej wrodzone zarośnięcie dróg żółciowych, które powoduje śmierć w kilku miesiącach.

Przyczyny zakaźne, toksyczne i mechaniczne mogą się ze sobą kombinować. W ten sposób powstaje *cirrosis toxinfectiosa* i *cirrhosis cardio-tuberculosis.* Z innego powodu może jeszcze powstać: *cirrhosis splenomegalica* (Banti-Maixner), *cirrhosis capsularis* z zapalenia w sąsiedztwie wątroby.

Autor opisuje dalej 2 wypadki marskości wątroby z praskiej kliniki dla dzieci, gdzie w ciągu 4 lat między 4604 choremi dziećmi zauważono marskość wogóle tylko w pięciu wypadkach (1: 921). W jednym wypadku rozchodziło się prawdopodobnie o zapalenie na tle gruźliczem, w drugim zaś o *cirrhosis hepatica biliaris.*

Schnurpfeil.

CHIRURGIA. Treutlein. **Z chirurgii polowej z Japonii.** (*Münch.med. Wochs.* 1906, Nr 25). O ile Rosyanie ogłosili już liczne spostrzeżenia z wojny rosyjsko-japońskiej, o tyle nie ma ich prawie ze strony japońskiej, tem też są ciekawsze, że dotyczą działania pocisków rosyjskich 7·6 mm. (japoński pocisk ma tylko 6,5 mm.). Autor zbierał swe spostrzeżenia z r. 1905 w lipcu i sierpniu w dużych szpitalach wojskowych w Tokio. Pociski japońskie karabinowe mają grubszy płaszcz niklowy i mniej się rozpryskują, niż rosyjskie. Kule przechodzą często gładko przez czaszkę bez wielkich zniszczeń. Autor opisuje ciekawy przypadek: po postrzale w głowę powstała niemota (postrzał w okolicy 3 zwoju czołowego), która nagle znikła po przypadkowem upadnięciu chorego na ziemię w czasie przechadzki. Autor tłómaczy to tem, że przy upadku odłamek kostny, który ugniatał ośrodek mowy, korzystnie się przesunął. Postrzały płuc przebiegały zwykle bardzo pomyślnie; 1—2 dni trwało krwioplucie, a potem chorzy wracali do zdrowia. Postrzały brzucha traktowali Japończycy zawsze prawie zachowawczo. Raz dla próby po bitwie pod Mukdenem ze 100 postrzelonych w brzuch zoperowano 50 i z tych 40 umarło; z 50 nieoperowanych zmarło tylko 10. Widać więc, że zachowawcze leczenie najlepsze oddaje tu usługi. Postrzały karabinowe kończyn rzadko wywoływały większe zniszczenie; krwotoki nawet przy przestrzelaniu dużych naczyń były nieznaczne. Tak n. p. na 600 Rosyan, postrzelonych i wziętych w niewolę japońską zaledwo raz konieczną była amputacya. Natomiast Rosyanie postępowali inaczej, bo na 600 postrzałów kończyn było 500 amputacyi. Postrzały armatnie wywoływały ogromne zniszczenia i szczęście cało, że obydwie strony strzelały bardzo niecelnie. Autor widywał oderwanie kończyn, otwarcie całych jam ciała i t. d. Do zranień tych dołączała się zgorzel i zgorzel gazowa, a to wskutek zanieczyszczenia pocisków ziemią i wskutek zmian i działania chemicznego samego pocisku. Rany zadane bagnetem należały do wyjątków i zwykle były śmiertelne. Z rzadszych spostrzeżeń wspomina autor o tętniakach urazowych, które japońscy lekarze często operowali, stosując przed podwiązaniem naczynia przez 2 tygodnie 2 razy dziennie po kwadransie ucisk naczynia palcem, by wytworzyć krążenie uboczne. Przy amputacyach starano się wytworzyć kikuty przydatne do chodzenia, a to z pomocą sposobu Hirscha (wyczyszczenie jamy szpikowej w okolicy miejsca przepiłowania, zachowanie okostnej i przykrycie kości tylko płatem skórnym tak, że blizna wypada na tylnej powierzchni kończyny). W końcu bardzo zaciekawił autora nowy szew nerwów sposobem Foramittiego. Po wycięciu n. p. kawałka nerwu z bliznowatego miejsca łączy się odcinki mostkiem nerwowym i następnie obszywa całe to miejsce w cząstkę tętnicy, wyciętej z cielęcia. Błona wewnętrzna tętnicy obrasta nerw i zapobiega wytworzenia się twardej blizny, a dalej zrośnięcie się nerwu przez to o wiele szybciej postępuje. Japończycy wycinali kawałki nerwu do 10 ctm. długie.

Aseptyka i wyniki u Japończyków z początku były nieświetne, a zakażenie i następowa róża należały do zjawisk codziennych. Natomiast w szpitalu niemieckim czerwonego krzyża, prowadzonym przez Prof. Henlego, ucznia Mikulicza, wyniki były doskonałe. Przy złamaniach kończyn stosowano jako opatrunki ustalające często połówki łodyg bambusowych. Na polu bitwy prawie żadnych zabiegów nie wykonywano, lecz tylko pierwszy opatrunek. Ten sposób okazał się bardzo korzystnym i rany goiły się dobrze; tężec należał do rzadkości. Do opatrywania ran używano obficie balsamu peruwiańskiego z bardzo dobrym skutkiem. Po stronie rosyjskiej do opatrywania ran używał znowu Oettinger żywicznego płynu, zmieszanego z kollargolem, z bardzo dobrym także wynikiem. *Klęsk.*

Löwenstein. **Związek przyczynowy między jednorazowym urazem, a mięsakiem.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie* T. 48, Z. 3). Jako przyczyny powstawania nowotworów podaje Arnold następujące: 1) Uraz, który pobudza rozwój nowotworu, będącego w zawiązku. 2) Działanie chemiczne. 3) Przebyte zapalenia. 4) Zmiany we krwi. 5) Różnicę napięcia w tkankach. 6) Zawiązek wrodzony. 7) Guzy pochodzenia samorodnego (*parthenogen*). To mniej więcej tłumaczy powstawanie nowotworów wskutek d ł u g o t r w a ł y c h podrażnień. Rzecz to zdawna znana, bo już Volkmann i Percival Polt zwrócili uwagę n. p. na raki u robotników w fabrykach parafiny i teru, dalej znane są raki u Bengalczyków wskutek codziennych chłostań, raki w miejscu rozpadłych kaszaków, brodawek drażnionych, raki wargi wskutek drażnienia sokiem tytoniowym, raki języka, od ostrych zębów powstałe, raki żołądka po wrzodzie, raki prącia przy stulejce, raki pęcherza przy kamieniach i t. d. Podobnie u zwierząt opisano raki warg u koni, od munsztuka powstałe, i raki wargi górnej u kotów wskutek kąsania przez małe zwierzęta i t. d. Autora zajmuje jednak zagadnienie, czy i jednorazowy uraz może wywołać nowotwór, a zwłaszcza mięsaka. Do zdania tego przechyla się najwięcej Ribbert, uważający za przyczynę nowotworu brak równowagi tkankowej, który właśnie nastąpić może przez oddzielenie pewnych komórek z otoczenia wskutek urazu. Herzfeld w teoryi swej, niedawno wygłoszonej, przyjmuje, że do powstania nowotworu potrzeba dwóch zasadniczych rzeczy, t. j. samych komórek zarodkowych nowotworu i podłoża, usposabiającego do powstawania nowotworu. Nowotwór według niego powstać może zaraz po jednorazowym urazie tylko wtedy, gdy uraz stworzy równocześnie i podłoże dla komórek nowotworowych, częściej zaś to podłoże tworzy się dopiero powoli. Przez uraz rozumie Herzfeld każde zranienie lub drażnienie zdrowej tkanki i wygłasza zdanie: „bez urazu niema nowotworu“. Aby związek urazu z powstaniem nowotworu był co najmniej prawdopodobnym, potrzeba: 1) By nowotwór powstał w miejscu zranionem; 3) by nastąpił tamże wylew krwi; 4) by istniała tam blizna lub wystąpiło długo trwające ropienie. Co do czasu pomiędzy powstaniem nowotworu, a zadziałaniem urazu, to Herzfeld rozciąga go do lat 5.

Do 111 zebranych przypadków urazowego (jednorazowo) powstania mięsaków dodaje autor 19 z kliniki heidelbergskiej i jeden z własnej praktyki. Przypadki te odpowiadają warunkom wyżej przytoczonym. Urazowe mięsaki stanowią 4 prc. wszystkich mięsaków i przeważnie występują u kobiet w czasie pierwszej ciąży lub wieku przekwitania. Mięsaki te mają wielką skłonność do nawrotów, występują też nieraz u dzieci w nasadach kości, gdzie krążenie krwi jest bardzo silne. Dziedziczności w większości przypadków stwierdzić nie można; przeciwnie, mięsaki te nagabują właśnie osobniki, ze wszech miar zdrowe. Za urazowem pochodzeniem przemawia jeszcze zupełnie typowe ich sadowienie się, bo tylko tam, gdzie uraz zadziałał. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Ph. Jung. **Przypadek gruźlicy ciężarnej macicy i łożyska.** (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* T. XXIII, Z. 2, 1906). Przypadek ogłoszony przez Junga jest 20-tym w literaturze, wykazującym na całym szeregu obrazów histologicznych, iż gruźlica już podczas ciąży może z matki przenosić się na dziecko, innemi słowy, iż możemy mówić o dziedziczeniu gruźlicy w najlepszem tego słowa znaczeniu. Przypadek ten dotyczy kobiety ciężarnej z gruźlicą ogólną płuc, jelit, kości etc. Przy sekcyi znaleziono zarówno gruźlicę trzonu macicy pod postacią rozsianego zajęcia błony śluzowej, jak również gruźlicze zajęcie trąbek. Badanie histologicznie łożyska wykazywało w odcinkach przybrzeżnych liczne gruzełki, a w nich prątki typowe gruźlicze. *Dr Cetnarowski.*

E. Meyer. **Stosunek nerwic czynnościowych, specyalnie hysteryi do schorzeń części płciowych kobiety.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. I). Wbrew utartemu dawniejszemu twierdzeniu, iż jest niezaprzeczenie łączność między cierpieniem części rodnych kobiety, a objawami nerwowymi, zwłaszcza objawami hysteryi, dowodzi autor na podstawie własnych doświadczeń, jak na podstawie rozległej nowszej literatury, że zdanie to jest błędne. I tak zdarza się bardzo często, iż znajdujemy najtypowsze objawy nerwicy, względnie hysteryi, nie znajdując równocześnie najmniejszych zmian chorobowych w częściach rodnych odpowiednich osobników i odwrotnie, przy bardzo ciężkich schorzeniach macicy i przydatków najmniejszych objawów nerwowych nie spostrzegamy. Gdyby pierwotne zapatrywanie było prawdziwe, natenczas leczenie skuteczne cierpienia ginekologicznego winno usuwać i cierpienie nerwowe, czego niestety spostrzeżenia dokładne lat ostatnich stwierdzić nie mogą, wreszcie ostatni argument przeciw, jest ten, że wogóle teorya powstawania nerwic przez odruch lub przez rodzaj irradyacyi niema najmniejszego uzasadnienia, a właśnie tylko w ten, a nie w inny sposób mogłyby powstawać wszystkie te nerwice, przy cierpieniach narządu rodnego kobiety. *Dr Cetnarowski.*

Amann. **O wzroście i zmianach mięśniaków podśluzowych.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z 1). Są to spostrzeżenia autora własne, oparte na rozległym materyale klinicznym. — Według niego mięśniaki podśluzowe mogą osięgać kolosalne rozmiary, tak, że usunięcie ich przez pochwę zostaje zupełnie wykluczonem, a zostaje tylko droga cięcia brzusznego. W następstwie zmian rozpadowych, toczących się na powierzchni tychże mięśniaków przychodzi w większości przypadków drogą naczyń chłonnych do zajęcia przydatków i otoku ropnego trąbki, który nierzadko kończy się śmiercią. Jeżeli usunięcie guza niedość wcześnie zostało dokonanem, w następstwie owrzodzeń na powierzchni mięśniaków przychodzi również do bardzo rozległych zrostów ze ścianami pochwy: nierzadko wprost do przeszczepienia się tychże w obręb ścian pochwy, co każdorazowy zabieg operacyjny w wysokim stopniu utrudnia. Częstem dosyć zjawiskiem przy dużych mięśniakach podśluzowych jest wynicowanie macicy i przesunięcie narządów sąsiednich. W dwóch przypadkach Amanna mięśniak podśluzowy urodzony do pochwy, zasłaniał sobą zupełnie rozpadającego się raka

części pochwowej tak, że stwierdzenie tego ciężkiego stanu chorobowego możliwem było dopiero podczas operacyi. Czy istnieje jaka łączność między włókniakami podśluzowymi rodzącymi się przez szyję, a powstawaniem równocześnie raka szyi, ta kwestya do dziś dnia nie jest rozstrzygniętą. *Dr Cetnarowski.*

Opitz. **Stan zwalczania raka macicy.** (*Monatschr. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. I). W rozprawie tej zebrał autor spostrzeżenia, zapatrywania i daty statystyczne najsławniejszych ginekologów niemieckich, z któremi oni wystąpili na kongresie ginekologów 1900—1901 przy omawianiu sprawy zwalczenia raka macicy. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najważniejszym czynnikiem w tej sprawie jest pouczenie społeczeństwa całego przez odpowiednie odezwy i popularne publikacye, by osoby cierpiące, możliwie najwcześniej zgłaszały się po poradę do specyalistów. Co się tyczy sposobu operowania, to operowanie przez brzuch mimo, że wybiera się zabieg bezsprzecznie cięższy, z każdym dniem coraz nowych zyskuje zwolenników. Do tego w wysokim stopniu przyczyniają się zachęcające statystyki Wertheima, Mackenrotha, Latzki i wielu innych, które wykazują, że operując przez brzuch, nie otrzymuje się o wiele większej śmiertelności, a natomiast zyskuje się dwa bardzo ważne czynniki: 1) granice przypadków nadających się do operacyi, zwiększają się nawet do 90 prc. i 2) podnosi się znacznie radykalność zabiegu. Skutkiem możności usunięcia tkanki przymacicznej gruczołów limfatycznych ilość nawrotów choroby się zmniejsza. Zarzuty robione przez zwolenników operowania przez pochwę, iż operacye od strony brzucha znacznie więcej pochłaniają ofiar, niezupełnie są uzasadnione. Trzeba tylko uzmysłowić sobie, jak daleko posunięte przypadki operuje się sposobem Wertheima lub Mackenrotha, trzeba sobie uzmysłowić czas trwania zabiegu (przy najdoskonalszej technice $1\frac{1}{2}$ godziny), a tem samem działania narkotyku, użytego do znieczulenia, by na zarzut ten znaleść zupełnie słuszne usprawiedliwienie. Podobnie niesłuszny jest zarzut, by przy operacyach przez brzuch zranienia narządów sąsiednich były częstszem zjawiskiem, gdyż temu kłam zadają wszystkie nowsze statystyki. Nie można twierdzić, żeby w przypadkach raka trzonu lub w świeżych przypadkach raka części pochwowej sposób operowania przez pochwę, zwłaszcza z dodatkiem cięcia pochwowego Schuchardta nie miał racyi bytu. Zachodzi wielkie pytanie, czy wobec tego, że we wszystkich nawet sumiennych badaniach histologicznych znajdowano zaledwie w $\frac{1}{3}$ zajęte rakowato gruczoły, a wobec zwiększenia się przez to ciężkości zabiegu wyjmować gruczoły, czy też nie. Zdania w tym kierunku są podzielone i na to stanowczej odpowiedzi dać nie można. Co się tyczy przygotowania do operacyi, to ono ma kolosalne znaczenie, chodzi bowiem o nic mniejszego, jak o zupełne usunięcie możliwości zetknięcia się jamy brzusznej z rozpadającym się naciekiem nowotworowym. W tym celu najodpowiedniejszem jest postępowanie Mackenrotha: wyskrobać, przypalić dokładnie, a wieczorem przed operacyą włożyć do pochwy tampon umaczany w formalinie 10 prc. Po otwarciu zaś brzucha nie chcąc, by jelita stykały się z powierzchnią operacyjną i aby uniknąć następowego zapalenia otrzewnej, przyszywa się poprzecznie otrzewnę z przedniej ściany brzusznej do tylnej blaszki. Co się tyczy wogóle sączkowania po operacyi, to tu również zdania są podzielone. Najwięcej jeszcze zwolenników ma sączkowanie drogą krocza. Przez wprowadzenie sposobu operowania raka macicy przez brzuch stało się dostępnem i operowanie nawrotów, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że zabieg ten technicznie jest nader trudnym i tem samem pociąga za sobą olbrzymią śmiertelność. *Dr Cetnarowski.*

R. Schindler. **Statystyczne i anatomiczne wyniki przy doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Freund-Wertheim.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. 1, 2, 3). Autor bardzo sumiennie i dokładnie zestawia wszystkie przypadki raka obserwowane i operowane sposobem Wertheima w klinice ginekologicznej w Gracu od 1899 do 1904 r., a myślą przewodnią tej pracy była chęć stworzenia nowego przyczynka, któryby był w możności ostatecznie rozstrzygnąć kwestyę, jakim sposobem należy operować, czy przez pochwę, czy przez brzuch. Po uwzględnieniu wyczerpujących statystyk Wertheima, Mackenrotha, Bumma, Doederleina, objaśniwszy dokładnie czytelnika, w jaki sposób obliczenia jego procentowe zostały dokonane, przystępuje autor do szczegółowych dat statystycznych, które w streszczeniu w kilku zaledwie słowach przedstawić się dadzą. I tak na 588 przypadków raka macicy, które zgłosiły się do kliniki przyjęto 400 przypadków, a z tych operowano 193, w tem 117 sposobem Wertheima, co wyrażone w procentach, uwzględniając tylko przypadki przyjęte do kliniki, da następujące zestawienie: przypadków wogóle, nadających się do operacyi, było 48·25 prc., specyalnie do operacyi sposobem Wertheima 36·1 prc. Pierwotna śmiertelność (w następstwie samego zabiegu operacyjnego) przy zabiegu sposobem Wertheima wynosiła 16 (16·67 prc.). Co się tyczy uszkodzeń narządów sąsiednich, które tak często trafiają się przy tym sposobie operowania, to jego statystyka wykazuje: Zranienie pęcherza 15 razy, zgorzel moczowodów 8 razy, zranienie kiszki stolcowej 2 razy, ropienia ran brzusznych w 14 przypadkach, ropnie w tkance omacicznej w 8 przypadkach. Co się tyczy najważniejszej kwestyi, t. j. recydywy, stosując się do ogólnych żądań, stawianych na najróżnorodniejszych kongresach ginekologicznych, by za decydującą uważać statystykę, uwzględniającą obserwacyę w przeciągu lat 5-ciu zebrał Schindler 59 przypadków i wykazał, że w 35 przypadkach przyszło w tym okresie czasu do recydywy w 59·32 prc. W 21 przypadkach wystąpiła recydywa już w 1 roku i to najczęściej w bliźnie pooperacyjnej, w 2 tylko przypadkach wyszła z gruczołów. Jak więc z tego zestawienia widać, wyniki nie są zbyt pocieszające, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że w miarę ściślejszego oznaczenia wskazania operacyjnego i w miarę wydoskonalenia się techniki, pierwotna śmiertelność pooperacyjna znacznie się zmniejsza. Wobec tego, że według statystyk w przypadkach nadających się do operacyi tylko w 33 prc. gruczoły są nowotworowo zajęte, a z drugiej strony usunięcie gruczołów zajętych nie chroniło przed recydywą, gdyż wyjęcie wszystkich gruczołów jest technicznie niemożliwe, a jako zabieg znacznie cięższy zwiększało pierwotną śmiertelność; zdania rozmaitych operatorów, co do zasady wyjmowania gruczołów są bardzo podzielone, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że zdanie, by gruczoły zostawiać, z każdym dniem coraz więcej zyskuje zwolenników. Co się tyczy strony histologicznej wszystkich tych przypadków operowanych sposobem Wertheima, to badania wykazały, iż w obraz drobnowidowy nie zawsze nakrywa się z badaniem klinicznem. W połowie bowiem przypadków parametria kliniczne niepodejrzane wykazywały w całości utkanie nowotworowe i odwrotnie nie wykazywano ani śladu zajęcia nowotworowego tam, gdzie klinicznie tych nacieków się domyślano.

Dr Cetnarowski.

HIGIENA. Speck. **Hygieniczne odkażanie rąk.** (*Zeit. f. Hygiene* T. 50). Autor zaznacza na wstępie różnicę między chirurgicznem a hygienicznem odkażaniem rąk: — przy pierwszem zależy przedewszystkiem na możliwie dokładnem usunięciu, przy drugiem na zabiciu zarazków. Mechaniczne oczyszczenie rąk dla odkażenia hygienicznego jest niedostatecznem, mycie rąk mydłem, jako wstępnej czynności do odkażenia pominąć też należy, stosować zaś środki odkażające najenergiczniejsze ze względu na konieczność odkażania rąk w czasie jak najkrótszym. — Rozczyn kresolu silniejszy (5 prc.) co do rąk nie spełnia swego zadania, szczególnie w załamkach za paznokciami, o wiele lepszym jest rozczyn sublimatu $^{1}/_{0000}$), którego resztki pozostające w załamkach znakomicie chronią ręce od następowej infekcyi. Krótkie, lecz częste zanurzanie rąk w sublimacie spełnia znakomicie ochronę rąk przed zakażeniem przy łóżku chorego. Osoby pielęgnujące chorych i lekarze winni przeto przy obsłudze chorych zakaźnych ile możności przed zetknięciem się z chorym zanurzać ręce w sublimacie, czyścić w nim palce i załamki koło paznokci gąbkami lub szczoteczkami, a następnie tylko powierzchownie obsuszyć, w 5 minut po tej czynności można ręce myć mydłem i wodą. Czynność tę powtarzać należy przy każdem zetknięciu się z chorym, jego wydalinami i przedmiotami przezeń zakażonymi. Z innych środków zalecanych do odkażenia rąk nadaje się jedynie jako pewny 1 prc. trójchlorek jodu równy sublimatowi, droższy jednak od niego i nieprzyjemny w zapachu. *L. Bier.*

Doc. Heymann. **Kontrola przyrządów do odkażania parą.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). Najczęstsze błędy w budowie i działaniu parowych przyrządów desinfekcyjnych, sposób wypróbowania, oraz uregulowania ich działalności szczegółowemi przepisami stanowi treść powyższej pracy. Przedmiotem zaś badania były przyrządy bez lub z małem ciśnieniem. Najczęstszym błędem przyrządów tych jest niedostateczne wytwarzanie pary, przez co znaczniejsza ilość czasu upływa, aż do chwili wypełnienia przyrządu nasyconą parą, czas ogrzewania przyrządu się przedłuża, wskutek czego powietrze z przyrządu niedostatecznie uchodzi, który to fakt wpływa ujemnie na wynik odkażenia. Dalszym błędem jest utrudnienie odpływu pary przez utworzenie rury, odpływowej dla pary zbyt małych wymiarów; wpływa to wprawdzie na wzniesienie się cieploty pary, utrudnia jednak zarazem i odpływ powietrza. Przegrzanie pary zmniejszające jej nasycenie, nadaje jej własności suchego powietrza i upośledza tem samem wybitnie odkażające jej własności — to błąd dalszy w konstrukcyi przyrządu. Każdy poszczególny przyrząd posiada swoiste własności, winien też być po ustawieniu ponownie wypróbowany i według tego działalność jego uregulowaną. Za wyjątkiem wielkich firm spełniających zadanie to przez ludzi zawodowych, pomija się na ogół to żądanie. — Błędy w działalności przyrządu polegają na: 1) utrzymywaniu sła-

bego płomienia po nagrzaniu kotła, powodującem obniżanie się ciepłoty poniżej 100° C. przy wypływie pary; 2) dowolnem utrudnieniu odpływu pary, wynikającem bądź z wygody, bądź z fałszywej oszczędności obsługującego przyrząd; 3) dalszem ogrzewaniu rur służących do wstępnego nagrzania przestrzeni desinfekcyjnej w czasie wpuszczania do niej pary, przez co wywołuje się przegrzanie i wysuszenie pary, a tem samem i niedostateczne odkażenie; 4) wypełnieniem przyrządu przedmiotami zbyt wielkimi i zbytnio skrępowanymi (materacami, ubraniami). — Dla należytej obsługi przyrządu konieczną jest nietylko wiadomość, jak długo trzeba przyrząd nagrzewać, ale i długość przenikania przedmiotów parą, zależna znów od ilości i napięcia pary, wielkości i sposobu upakowania przedmiotów zakażonych. Dodane do tego czasu, 10 minut starczą najzupełniej do zabicia zwykłych zarazków. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 25 maja 1906.

1) Bolewski zdaje sprawę z operowanego przez siebie **polipowatego śluzako-włókniaka** nosowo-gardłowego u 19-letniej dziewczyny. Polip ten, ważący około 46 gr., wyrósł na mocnej włóknistej szypule z pod tylnej części średniej małżowiny nosowej prawej i wypełnił prawą połowę nosa aż do nozdrzy oraz jamę nosowogardłową aż poniżej języczka. Kawałek części przedniej polipa usunął B. pętlą drucianą, potem przeciął nożyczkami wewnątrznosową część polipa od przodu ku tyłowi i palcem przez usta wydobył część zanosową i dolną część nosową; wreszcie w drugiem posiedzeniu usunął resztę polipa z nosa pętlą, a miejsce, z którego wyrosła szypuła, wypalił galwanicznie.

2) Mieczkowski przedstawił 49-letniego mężczyznę, dotkniętego **chorobą Addisona.** Ponieważ przed 3 laty chory ten leczył się z powodu gruźliczego próchnienia mostka, i istnieją zmiany gruźlicze w płucach, przeto M. przypuszcza gruźlicę nadnerczy, jako tło obecnej choroby. Stan chorego, bardzo już groźny, poprawił się znacznie w przeciągu 3 tygodni pod wpływem arszerniku i adrenaliny. W dyskusyi przemawiał Święcicki.

3) Uchwalono odbywać co miesiąc dwa posiedzenia, a mianowicie w piątki po 1 i 15 każdego miesiąca.

Posiedzenie w dniu 8 czerwca 1906.

1) Krysiewicz przedstawia imieniem Pomorskiego 4-letnią dziewczynkę, dotkniętą **nowotworem** złośliwym (badanie drobnowidowe przemawia za rakiem), wychodzącym prawdopodobnie z **łechtaczki** (z początku przypuszczano mięsaka, wychodzącego z kości łonowych). W dyskusyi przytaczają Krysiewicz, Święcicki i Łazarewicz spostrzegane przez siebie przypadki mięsaków, wychodzących z kości miednicy.

2) Łazarewicz wygłosił I część swego wykładu **„O pubiotomii“**, w którym omawia obszernie historyę symfizyotomii i pubiotomii, anatomię, sposób wykonania i sprawność pubiotomii, podnosząc jej wyższość nad symfizyotomią. W dyskusyi Święcicki, opisawszy własne przypadki symfizyotomii, wypowiada przekonanie, że operacyi tej pubiotomia nie wyprze, lecz że raczej obie operacye znajdą swe wskazania a jedna drugą będzie uzupełniała.

(Według *Nowin lekarskich*, 1906, Nr 7).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Co robić z instrumentami i książkami pozostałymi po lekarzu? W ostatnim numerze »Aerztliche Mittheilungen« z 27 lipca b. r. znajdujemy w artykule p. t. »Die Verwertung des aerztlichen Nachlasses« na ten temat ciekawe uwagi.

Redaktor dziennika lekarskiego — pisze autor owego artykułu — znajduje się naturalnie często w owem położeniu, że musi udzielać rad i wskazówek wdowie po zmarłym koledze. W pierwszej linii wysuwa się wśród narad zawsze pytanie, co zrobić z instrumentami i książkami pozostałymi po koledze, przyczem pozostała wdowa prawie zawsze zapewnia, że wszystko jest jeszcze w jak najlepszym stanie i że pewno da się sprzedać jeszcze za wcale sporą sumę. Jakby to można zrobić? Jedyną radą, jaką może redaktor w takim razie służyć, jest ta, żeby rozesłać do pism lekarskich odpowiednie ogłoszenie. I czasem się uda znaleść tą drogą nabywcę, czasem jednak droga ta zupełnie zawodzi. Ale i w pierwszym wypadku musi się sprzedać, pozostałe po zmarłym rzeczy za bezcen, jeśli się chce ich raz pozbyć. Wobec tego zatem należałoby się nad tem zastanowić i obmyśleć sposób, w jakiby rzeczy pozostałe po kolegach można spieniężać jak najlepiej.

Często można spotkać na uniwersytetach i w wielkich szpitalach krążące spisy książek i narzędzi pozostałych po zmarłych kolegach, a na sprzedaż ofiarowanych. Przy książkach najczęściej bywa notowana jako cena, sprzedaży, owa cena jaką notują wielcy antykwarze w swoich cennikach, przyczem sprzedający obiecuje jeszcze 20% rabatu. Kupujący i sprzedający wychodzą jeszcze na tem zawsze lepiej, niż wtedy, kiedyby książki sprzedawał antykwarz. Na tej podstawie możnaby stworzyć stacyę centralną dla spieniężania pozostałości po lekarzach. Niechby ta centrala na razie zajęła się sprzedażą książek. Adres swój powinna stale ogłaszać w pismach lekarskich. Pozostali po koledze powinni do centrali nadsyłać spis książek wraz z oceną jakiegoś kolegi o stanie poszczególnych egzemplarzy. Spisy te powinna centrala opatrywać odpowiedniemi cenami na podstawie katalogów antykwarskich i w najtańszy sposób dać sporządzić pewną ilość odbitek tych spisów, by na żądanie stronom interesowanym można egzemplarze posłać.

Taksamo dałoby się może wnieść na targ i narzędzia. Autor artykułu proponuje, żeby »Leipziger Verband« przy księgarni swej stworzył dział antykwarski i by jemu rzecz tę oddał. *E. S.*

Kwiatki uszczknięte na niwie partactwa leczniczego. Do niedawna mieszkał w Lipsku lekarz naturalny, »der Naturheilkundige« Platen. Jak to w ostatnich czasach stwierdzono w procesie, wynosiły dochody jego w latach od r. 1899—1904 tylko skromną sumę 287·400 marek. Pieniądze jednak, które głównie zawdzięcza swej książce o przyrodzonym sposobie leczenia, również łatwo trwonił, aż wreszcie musiał opuścić miejsce swego pobytu i uciec, gdyż groził mu areszt i wydanie przez władze szwajcarskie sądom rzeszy niemieckiej, które go oskarżały o porwanie dziecka.

O »antipozytynie«, idealnym środku na schudnięcie, wyrabianym pod firmą doktorów medycyny Wagnera i Marliera już na tem miejscu raz wspominałem. Wprawdzie dr med. P. F. Wagnera skazał sąd honorowy Izby brandenburskiej na karę 500 marek za reklamę niegodną stanu lekarskiego, ale stowarzyszenie z ograniczoną poręką, wyrabiające antipozytynę rozpowszechnia dalej ten tajemniczy środek.

Stowarzyszeniu antipozytynowemu niektórzy przemysłowcy pozazdrościli, gdyż ogłaszają w ostatnich czasach urbi et orbi, że wynaleźli nowy środek uszczęśliwiający ludzkość. Dr. med. Karol Hartmann, Berlin N. 35 — oto imię, nazwisko, godność oraz adres nowego zbawcy cierpiącej ludzkości — odkrył nową »pożywkę dla nerwów, antineurastynę«. Na reklamie można zobaczyć biednego człowieka, jak mu zewsząd grożą wampiry — choroby. Dość spojrzeć na reklamę, aby się przekonać jak strasznie cierpi człowiek, »który powoli zamiera, którego powoli opuszczają siły zmysłowe i cielesne«. »Senden Sie kein Geld, sondern nur Ihre Adresse an Dr med. Karl Hartmann, G. m. b. H. Berlin 35. W. 140«. — głosi reklama. Kto się zwróci pod wskazany adres, dostaje trzy tabletki w szkatułce o postaci serca

i broszurkę p. t.: Układ nerwowy i jego choroby. W broszurce tej rozwodzi się autor, co to za nieszczęście jest »die Nervenschwäche«, oraz maluje w najczarniejszych kolorach kiłę i jej skutki. Kto raz przechodził kiłę, powinien antineurastynę, ów nowy życiodajny lek, spożywać codziennie jak powszedni chleb. Jedynym dotąd znanym środkiem zapobiegającym niedołęstwu starczemu jest jedynie i wyłącznie »Dra Hatmanna pożywka nerwowa«. »Antineurastyna jest wielkiem dobrodziejstwem i to nie chwilowem, ale takiem, o które się można postarać co dzień i co godzinę« itd. itd. — Do przesyłki załącza Dr Hartmann list, w którym donosi co następuje: »Już po użyciu małej pigułki przekona się Pan, że środek ten działa wyśmienicie i poczuje się Pan mimo małej dawki leku wyraźnie pokrzepionym. Jasną jest rzeczą, że tak mała dawka nie może wywołać trwałego wyniku, boć osłabienia nerwów nie usunie się w dwóch dniach, osłabienia, które zawsze powstaje w ciągu miesięcy i lat. Oto ponieważ jesteśmy najzupełniej pewni, że po użyciu załączonej małej dawki Pan się przekona, że leku tego dla zdrowia swego koniecznie i nadal potrzebuje, pozwoliliśmy sobie dwie wielkie dawki w cenie łącznej 6 marek przesłać pod pańskim adresem za zaliczką«. *E. S.*

Lekarze miejscy w Petersburgu wnieśli prośbę do Komisyi sanitarnej miejskiej z żądaniem podwyższenia honoraryum w nocy z 2 na 3 ruble, dla niezamożnych z 75 kopiejek na rubla. Podwyższeniu honoraryum dla ubogich sprzeciwiła się Komisya; wniosek o podniesienie honoraryum dla zamożniejszych przyjęła przychylnie, oddając ostateczną decyzyę radzie miejskiej. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 29/VII a 4/VIII br. urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo —; zmarło osób 61 (obcych 29); z tego z gruźlicy 19 (10), zapalenia płuc 5 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 3 (1).

Zachorowań zakaźnych w miesiącu czerwcu b. r. było w Krakowie ogółem 132, z tego ospy (—), odry 64, płonicy 35, błonicy 8, krztuśca 4, gorączki połogowej 3, duru osutkowego (—), duru brzusznego 12, czerwonki (—), róży 2, influency (—), zapaleń epidemicznych opon mózgowo-rdzeniowych 2, innych chorób zakaźnych, 2.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22/VII do 28/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (1), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 7 (3), odry 5 (—), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 3 (1), czerwonki — (—), cholery azyatyckiej — (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Lista gości w zdrojowiskach galicyjskich: Iwonicz do 26 lipca 3263 osób, Krynica do 29 lipca 4240, Rabka do 18 lipca 1999, Rymanów do 23 lipca 1797, Szczawnica do 16 lipca 1669, Truskawiec do 16 lipca 1721, Zakopane do 28 lipca 5673.

Lwów. Obowiązki redaktora odpowiedzialnego »Tygodnika lekarskiego« objął na pewien czas zastępczo Dr Herman.

— Namiestnik zamianował koncepistów sanitarnych Dra Leona Tyszkowskiego i Dra Romana Małaczyńskiego lekarzami powiatowymi.

— Biuro informacyjne galicyjskich Izb lekarskich zorganizowane w Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej rozpoczęło swą działalność. Adres biura: ul. Dominikańska l. 11.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dwa posiedzenia w dniu 21-go i 24-go lipca. Na pierwszem omawiano zaprowadzenie nauki jednorazowej w lwowskiem seminaryum nauczycielskiem żeńskiem. Na drugiem omawiano sprawy nadzoru sanitarnego w seminaryach nauczycielskich i połączonych z niemi szkółkach ćwiczeń i freblówkach, oświadczono się za utworzeniem samoistnej gminy w Jaworznie, za utworzeniem okręgu sanitarnego w Gródku Jagiellońskim, a przeciw przyłączeniu Wiśnicza nowego do okręgu sanitarnego w Łapanowie. W końcu przedyskutowano sprawę drugiej apteki w Jaśle.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu w dniu 25 lipca następującemi sprawami: Postanowiono zająć się w najbliższym czasie wydaniem taryfy lekarskiej. Przeprowadzono dyskusyę i przyjęto ogólne zasady referatu w sprawie usuwania opatrunków przez lekarzy sądowych oraz w sprawie zmiany ustawy karnej ze względu na interesy zawodowe lekarzy. W sprawie zatargu lekarzy z zarządem kasy chorych w Brodach, postanowiono zwrócić się pośredniczącо do zarządu Kasy, nadto do ogółu lekarzy, by w walce tej udzielili kolegom poparcia.

— Sumę sto dziewięćdziesiąt; 190 koron pozostałą, po opędzeniu kosztów, z dobrowolnych składek na adres dla Dra Jana Stelli Sawickiego, przeznaczył Szanowny Jubilat na fundusz wdów i sierót po lekarzach i sumę tę złożono w ręce Radcy Dra E. Festenburga do kasy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Z różnych stron. Uniwersytet w Gryfii obchodził w dniach 3 i 4 sierpnia 450-letnią rocznicę swego istnienia. W celu uczczenia jubileuszu wydał wydział lekarski tego uniwersytetu pamiętnik drukowany jako numer 31 berlińskiego tygodnika lekarskiego, zawierający prace prawie wszystkich członków wydziału.

— Riabuszyński, bogacz moskiewski, ofiarował 200,000 rbs. na wysłanie naukowej ekspedycyi do Kamczatki. Jednym z członków ekspedycyi ma być lekarz.

— Behring miał otrzymać z laseczników gruźlicy nowy środek, który nazwał »tulase«. Ma on działać uodporniająco i leczniczo u zwierząt dotkniętych gruźlicą.

— W Budapeszcie nagrodę Koranyego (1000 koron) otrzymał Prof. Perticz za pracę swą o gruźlicy.

— Na posiedzeniu najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu odbytem w dniu 21 lipca, omawiano sprawę obsadzenia prymaryatu w szpitalu wiedeńskim i sprawę utworzenia zakładu dla badania środków spożywczych w Tryeście.

— Prof. Pozziemu w Paryżu wręczono z okazyi 20-letniego jubileuszu złoty medal.

— Profesor okulistyki Ulrich w Strassburgu opuścił z końcem półrocza katedrę.

Mianowani: Dr Spisharny profesorem chirurgii w Moskwie. Dr Narbut profesorem med. wewnętrznej w Petersburgu. Dr Seiffer profesorem nadzwyczajnym chorób nerwowych w Berlinie.

Powołani: Dr Albrecht z Frankfurtu n. M. na prof. anatomii patologicznej do Marburga.

Zmarli: Dr Castiaux, profesor medycyny sądowej w Lille. Dr Vincent, profesor higieny w Genewie. Dr Peride, profesor anatomii w Jassach. Dr Chkliarewski, profesor fizyki dla medyków w Kijowie. Dr Bullard, profesor chirurgii w Nowym Yorku.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 29. Sterling: Przypadek zmian syfilitycznych stawu żuchwowego. Serkowski i Maybaum: (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 6. Mogilnicki: Z kazuistyki tyfusu brzusznego u dzieci. Putermann: Kilka uwag o krętku bladym. Nowak: Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt.

— *Zdrowie* Nr 7. Rutkowski: Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej. Osmała: O niehigienicznem odżywianiu się robotników. Żenczykowski: W sprawie nowego typu ochrony.

— *Tygodnik lekarski* Nr 31. Czyżewicz: Zasada fizyki jako podstawa przeobrażeń narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu. Bohosiewicz i Hermann: (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr 15. Mikołajski: (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr 8 i 9. Lewiński: Higiena budowli. Duchowicz i Łaniewski: Powietrze w naszych szkołach średnich. Panek: (c. d.). Papée: (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr 9. Skórczewski: (c. d.). Skórczewski: Historya Krynicy.

— *Russkij Wracz* Nr 28. Klimenko: Przyczynek do kwestyi surowicy przeciwsyfilitycznej Lisle'a. Feldt: O przeciwgruźliczej surowicy Marmorka. Baradulin. Niektóre zmiany krwi u chorych na raka żołądka (leukocytoza trawienna). Złatowierow: Skrzywienia przegrody nosowej i znaczenie ich dla organizmu. Operatywne ich leczenie. Dobrowolski: Przyczynek do kwestyi zmiany ilości rozpuszczonego w wodzie tlenu przy ozonizacyi.

— *Časopis lekařův českých* Nr 31. Zabradnicky: O vhodném čase operativnihr zaločeni při akutnim zánětu výčnělku červikovitéhv. Hamsa: (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr 60. Arcat: Postępowanie przy chronicznych zapaleniach ucha. Dumont: W sprawie niemoty ruchowej.

— *La Presse médicale* Nr 61 Arnbard: Stałe za silne napięcie tętna pochodzenia nerkowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 31. Herz: O zaburzeniach w narządzie krążenia przy gruźlicy prosówkowej. Lüdke: O wykazaniu prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę płuc. Wachsberg: O wykazaniu acetonu przy ciąży zamacicznej. Franke: O drogach wyrównania przy wadach zastawki trójdzielnej. Fein: Ozena, a leczenie przekrwieniem biernem według Biera.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 31. Friedberger i Moreschi: O antiamboceptorach przeciw grupie dopełniającej amboceptoru. Kast: O teoretycznem i praktycznem znaczeniu zon Heada przy schorzeniach narządu trawienia. Frank: O archowinie. Eckstein: Wstrzykiwania parafiny przy plastykach nosa i twarzy. Machis i Römer: (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 31. Poppert W sprawie utrzymania zwieracza przy wyłuszczaniu raka prostnicy. Müller i Jochmann: O proteolytycznem działaniu krwinek białych. Wichern: Dwa przypadki połowiczego porażenia mózgowego w wieku dziecięcym. Schmieden: Nowy przyrząd do zastosowania przekrwienia biernego na głowie. Hoffmann i Halle: O lepszem sporządzaniu preparatów z krętka bladego. Hohmann: Jak lekarz praktyczny może przeprowadzać leczenie gimnastyczne przykurczeń stawowych? Gröher: O przemieszczeniach tchawicy przy schorzeniach w śródpiersiu. Merkel: O użyciu rozczynów formaliny przy badaniu krwi według Uhlenhutha. Künzel: Przypadek bakteriemii przebiegający bez objawów. Oertmann: O znaczeniu praktycznem stałego mierzenia ciepłoty. Mackh: Krótki przyczynek do działania „Viferralu". Pręgowski: Przypadek sztucznie wytworzonej odmy skórnej. Kreuzeder Ropowica jako powikłanie ospówki. Weinberg: O ortocystoskopii. Stein: Plastyczne obrazy rentgenowskie.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 31. Friedrich: Odezwa w sprawie 450 letniego jubileuszu uniwersytetu w Gryfii. Grawitz: Notatki historyczne wydziału lekarskiego w Gryfii. Peter: Przyczynek do nauki o dziedziczności. Bleibtreu: Sposób badania wessalności tłuszczu w jelicie. Grawitz: O potworniakach tkanki łącznej miedniczej. Grawitz: O starczym zaniku mięśni ocznych. Schulz: O badaniu lekarstw u żyjących ludzi. Loeffler: O zmianach chorobotwórczości i jadowitości mikrobów chorobotwórczych przez przeprowadzanie ich przez specyficzne gatunki zwierząt i o wyzyskaniu tych gatunków w celu uodporniania. Loeffler: Przyczynek do badania sposobem Gramma. Uhlenhuth: O uchylaniu komplementów i wyróżnieniu białka krwi. Minkowski: O zapisywaniu ruchów serca lewego przedsionka. Weber: O pobudzaniu resorbcyi środkami moczopędnymi po usunięciu nerki. Akard: O związku międcy albumosurią Bence-Joneseha, a przemianą białkową. Strübing: O dychawicy. Friedrich: O częstości i wynikach operacyjnych promienicy w jamie brzusznej. Ritter: Użycie przyrządów ssących do rozpoznania złośliwych nowotworów. Sauerbruch i Haecker: W sprawie zamknięcia wpustu połyku. Martin: O pląsawicy u ciężarnych. Jung: O cięciu pochwowo-macicznem. Schirmer: Rokowanie i leczenie obrażeń zakaźnych gałki ocznej. Wittmaeck: Łańcuszkowiec śluzowy jako powód zapalenia ucha środkowego. Schultze i Rühs: Badanie inteligencyi u świeżych i starszych żołnierzy. Schröder: Przyczynek do rozpoznania chorób miazgi zębowej.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol, którego działanie korzystne stwierdzono już w wielu klinikach, oddaje także lekarzom w praktyce prywatnej dobre usługi. Dr Naegeli-Akerblom pisze w »Therap. Monats.« Nr 6, 1906: Nowe środki lecznicze pojawiają się coraz liczniej, mimo to nie tanieją. Skuteczność ich zachwala pewien zakład, lub pewien badacz, podczas gdy inni potwierdzić jej nie mogą. Niedawno miałem sposobność leczyć starca 70-letniego, chorego na duszniсę oskrzelową, a od 6 miesięcy na nieżyt oskrzeli i męczący kaszel. Zmiana powietrza, kąpiele, jodek potasu, kodeina, morfina i t. d. okazały się bezskutecznymi. Kaszel występował przeważnie pod noc. Jedynie proszek Dovera łagodził cokolwiek napad. Poleciłem z powątpiewaniem pyrenol. Już nazajutrz opowiadał mi chory o doskonale przepędzonej nocy, napady kaszlu ustąpiły zupełnie. Czwartego dnia nie zaszkodziło nawet użycie piwa w dymnym lokalu i chory mógł powrócić do swego zwykłego sposobu życia i swych przyzwyczajeń, przyczem od czasu do czasu zażywa łyżkę 4 pro. pyrenolu. Dla poprawy smaku nadają się: Syr. rubi idaei, ap. menth. piq., tra aurant. Na polecenie zasługują także flakoniki oryg. zawierające 30 pastylek pyrenolowych po 0·5 gr. *Hr.*

Strophantin, fabrykat firmy C. F. Bähringer u. Söhne, w rozczynie 1:1000 poleca dr A. Fraenkel (»Verhandl. d. 23. Kongr. f. inn. Medizin. 1906) do wstrzykiwań śródżylnych, wskazanych w stanach nagłej niedomogi sercowej, — gdzie przyczynić się może do uratowania życia. W stanach przewlekłej niedomogi serca zasługuje na zastosowanie tam, gdzie inne środki nie działają lub przy zaburzeniach żołądkowych. Miligram strophantyny w wyjałowionej fiolce kosztuje tylko 25 fenigów. Leczenie śródżylne nie daje się zastąpić wstrzykiwaniem podskórnem, jak doświadczenia pouczają. *Ll.*

Euchininę i aristochinę poleca w dłuższej pracy C. Binz w Bonn (»Berl. klin. Wochens.« 1906, Nr 15) przeciw krztuścowi, przyczem radzi podawać dawki duże w postaci wstrzykiwań podskórnych lub kołaczyków po 0·5 i 0·25. *Ll.*

Lysoform poleca dr O. Roepke (»Zeitschr. f. Tuberkulose«, Band VIII, Heft 3) jako znakomity środek do odkażania bielizny w zakładach dla gruźliczych i chorych w domach prywatnych. R. podaje następujące wskazówki: I. Bieliznę gruźliczych należy do prania przechowywać w osobnych woreczkach. II. Woreczków takich powinny dostarczać większe zakłady wraz z pouczeniem, co do sposobu użycia. III. Bieliznę w woreczku poddać należy przed praniem gruntownemu odkażeniu. IV. Do odkażenia nadaje się lepiej od innych środków (para, gotowanie, sublimat, karbol, mydło kreosotowe, lysol) lysoform surowy. Szczególne zalety tego środka polegają na tem, że 1—2 prc. rozczyn nie drażni rąk praczek, że lysoform odwania, jest mało trujący i tani (1 kg. Mk 1,30, a przy 50 kg. 1 Mk.). Bieliznę wkłada się na dobę do 1 prc. lub na 12 godzin do 2 prc. rozczynu. *Ll.*